

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA PSYCHOLOGIE**



**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Marián Vanek

**Evaluace programu školské specifické prevence „Típní to I“**

**Evaluation of school-based prevention programme „Típní to I“**

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Veronika Pavlas Martanová, Ph.D.

Studijní program: Psychologie, obor Psychologie

2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci “Evaluace programu školské specifické prevence Típní to I” vypracoval pod vedením vedoucí diplomové práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato diplomová práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

30. 5. 2016

.....

Marián Vanek

Rád bych touto cestou poděkoval vedoucí diplomové práce doktorce Veronice Pavlas Martanové za její cenné rady, ochotu a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Dále bych chtěl poděkovat neziskové organizaci „Česká koalice proti tabáku“ za podporu při realizaci evaluačního výzkumu.

.....

Marián Vanek

**NÁZEV:**

Evaluace programu školské specifické prevence „Típní to I“

**AUTOR:**

Marián Vanek

**KATEDRA:**

Psychologie

**VEDOUCÍ PRÁCE:**

PhDr. Veronika Pavlas Martanová, Ph.D.

**ABSTRAKT:**

Diplomová práce se zabývá analýzou potřeb a formativní evaluací výsledku školského preventivního programu České koalice proti tabáku (ČKPT) „Típní to I“ zaměřeného na rizikové užívání tabáku v 7. třídách ZŠ a sekundách víceletých gymnázií s cílem získat důkazy o funkčních a nefunkčních částech programu vzhledem k potřebám cílové skupiny. Program byl hodnocen z hlediska KAB modelu a byl k tomu využit smíšený design se zastřešujícím participativním paradigmatem vzhledem k tomu, že autor práce je zároveň lektorem hodnoceného programu. Pro sběr empirických dat byl využit dotazník vlastní výroby obsahující znalostní test, postojovou škálu ke kouření a dotazy monitorující sklony ke kuřáctví respondentů, dále problémově zaměřené rozhovory s lektory ČKPT, manuál programu „Típní to I“ a poznatky z rešerše literatury týkající se požadavků na kvalitní preventivní program rizikového užívání tabáku. Dotazník byl v experimentální skupině (12 tříd, 202 žáků) zadán dvakrát - jednou před realizací programu a poté s dvou-třítýdenním odstupem po jeho realizaci, kontrolní skupina nebyla využita. Bylo zjištěno, že program je efektivní v ovlivnění znalostí žáků o rizicích užívání tabáku, v posílení postoje k zákazu kouření v restauracích, v nácviu odmítání a v ovlivnění sklonu ke kouření vodní dýmky. Naopak jako neefektivní se ukázal být v ovlivnění postoje ke kouření a sklonu ke kouření cigaret. Analýza potřeb zjistila nutnost většího prostoru věnovaného souvislosti kouření s přátelstvím a zvládáním stresu. Výsledky dále detailně popisují silné a slabé stránky evaluovaného programu a potřeby prevence užívání tabáku v dané cílové skupině.

**KLÍČOVÁ SLOVA:**

Školská prevence, rizikové užívání tabáku, kouření, evaluace výsledku, analýza potřeb, základní škola

**TITLE:**

Evaluation of school-based prevention programme „Típní to I“

**AUTHOR:**

Marián Vanek

**DEPARTMENT:**

Department of Psychology

**SUPERVISOR:**

PhDr. Veronika Pavlas Martanová, Ph.D.

**ABSTRACT:**

This thesis deals with need assessment and formative outcome evaluation of school-based smoking prevention programme „Típní to I“ which is designed for the pupils of 7th grade of elementary school. The main focus of evaluation was to obtain evidence of functional and nonfunctional parts of the programme with regards to needs of the target population and the KAB model. Combined qualitative-quantitative research design with participatory research paradigm was used. It is important to note that the author of the evaluation is at the same time member of the organization Česká koalice proti tabáku (ČKPT) which produces the evaluated programme. Self-made questionnaire, interviews with ČKPT lecturers and written products of the programme „Típní to I“ were used to obtain empirical data. Questionnaire was assigned twice in experimental group (12 classes, 202 pupils), firstly before the programme implementation and then 2-3 weeks after realization of the prevention (pre-post design), no control group was used. Prevention programme proved to be effective in improving tobacco risks knowledge, communication skill to refuse cigarettes, in strengthening positive attitudes toward smoking ban in restaurants and in decreasing tendency to smoke water pipe. Programme was ineffective in decreasing tendency to smoke cigarettes and in strengthening negative attitudes towards cigarettes smoking. The results of this evaluation also describe in detail the strengths and weaknesses of the evaluated programme and specific needs of the target group (for example need to give more space to the subject of friendship and stress management related to smoking cigarettes).

**KEYWORDS:**

School prevention, risk tobacco use, smoking, outcome evaluation, need assessment, elementary school

## OBSAH

1. ÚVOD .....	str. 8
2. TEORETICKÁ ČÁST	
2. 1. EVALUACE ŠKOLSKÉ PRIMÁRNÍ PREVENCE .....	str. 10
2. 1. 1. Základní rámec systému školské prevence .....	str. 10
2. 1. 2. Teoretické modely primární prevence .....	str. 13
2. 1. 3. Evaluace v primární prevenci .....	str. 15
2. 1. 4. Evaluační metody a nástroje .....	str. 19
2. 1. 5. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů prevence .....	str. 22
2. 1. 6. Požadavky na program specifické prevence a jeho cíle .....	str. 23
2. 2. RIZIKOVÉ UŽÍVÁNÍ TABÁKU .....	str. 25
2. 2. 1. Zdravotní rizika užívání tabáku .....	str. 25
2. 2. 1. 1. Závislost na tabáku .....	str. 26
2. 2. 1. 2. Pasivní kouření a jeho rizika .....	str. 27
2. 2. 1. 3. Kardiovaskulární onemocnění a užívání tabáku .....	str. 28
2. 2. 1. 4. Nádorová onemocnění a užívání tabáku .....	str. 29
2. 2. 1. 5. Respirační onemocnění a užívání tabáku .....	str. 29
2. 2. 1. 6. Vliv užívání tabáku na reprodukční funkce .....	str. 30
2. 2. 1. 7. Rizikové užívání tabáku v těhotenství .....	str. 30
2. 2. 1. 8. Souvislosti užívání tabáku a duševních onemocnění .....	str. 31
2. 2. 1. 9. Užívání tabáku a hmotnost .....	str. 31
2. 2. 1. 10. Souvislost užívání tabáku se vzhledem .....	str. 32
2. 2. 1. 11. Další zdravotní rizika související s užíváním tabáku .....	str. 32
2. 2. 2. Specifická zdravotní rizika užívání tabáku u dětí a adolescentů ....	str. 33
2. 2. 3. Formy užívání tabáku .....	str. 33
2. 2. 3. 1. Cigareta .....	str. 33
2. 2. 3. 2. Vodní dýmka .....	str. 34
2. 2. 3. 3. Doutníky, dýmky .....	str. 34
2. 2. 3. 4. Bezdýmý tabák .....	str. 34
2. 2. 3. 5. Elektronické cigarety .....	str. 35
2. 2. 4. Prevalence kouření v České republice .....	str. 35
2. 2. 5. Společenský kontext užívání tabáku .....	str. 40
2. 2. 6. Legislativa a kontrola tabáku .....	str. 42
2. 2. 7. Postoje české veřejnosti ke kouření cigaret .....	str. 43
2. 3. PREVENCE RIZIKOVÉHO UŽÍVÁNÍ TABÁKU .....	str. 46
2. 3. 1. Rizikové a protektivní faktory užívání tabáku u adolescentů .....	str. 48
2. 3. 2. Obecné principy pro tvorbu programu školské prevence kouření .....	str. 50
2. 3. 3. Školské programy specifické prevence užívání tabáku v ČR .....	str. 51
2. 3. 4. Programy České koalice proti tabáku .....	str. 53
3. IDEOVÝ A TECHNICKÝ PLÁN VÝZKUMU	
3. 1. Výzkumný problém .....	str. 55
3. 2. Výzkumné otázky .....	str. 55
3. 3. Teoretický rámec výzkumu .....	str. 57
3. 4. Plán evaluace a jeho metodologie .....	str. 57
3. 5. Výzkumný soubor .....	str. 58
3. 6. Metody získání dat .....	str. 59
3. 7. Metody analýzy dat .....	str. 60
3. 8. Etické aspekty výzkumu .....	str. 63

<b>4. ANALÝZA A INTERPRETACE EMPIRICKÝCH DAT</b>	
4. 1. Deskripce výzkumného souboru – analýza dotazníku .....	str. 64
4. 2. Vliv kuřáctví rodičů na kuřácké chování žáků – analýza dotazníku .....	str. 66
4. 3. Důvody žáků proč kouřit/nekouřit – analýza dotazníku .....	str. 69
4. 4. Evaluace výsledku z hlediska KAB modelu – analýza dotazníku .....	str. 71
4. 5. Kvalitativní analýza rozhovorů s lektory ČKPT .....	str. 72
4. 5. 1. Cíle preventivních programů kouření podle lektorů ČKPT .....	str. 72
4. 5. 2. Nejčastější mýty a nepřesnosti o kouření podle lektorů ČKPT .....	str. 73
4. 5. 3. Silné a slabé stránky programu Típní to I dle lektorů ČKPT .....	str. 74
4. 6. Evaluace přípravy – analýza potřeb .....	str. 76
4. 7. Silné a slabé stránky programu Típní to I .....	str. 77
5. DISKUZE .....	str. 79
6. ZÁVĚR .....	str. 83
<b>7. POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>str. 84</b>

## **PŘÍLOHY**

<b>Příloha 1: Klasifikační systém cílových skupin dle Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů školské primární prevence rizikového chování .....</b>	<b>str. 89</b>
<b>Příloha 2: Obecné požadavky na kvalitní program školské specifické prevence dle Standardů .....</b>	<b>str. 91</b>
<b>Příloha 3: Manuál programu Típní to I .....</b>	<b>str. 93</b>
<b>Příloha 4: Dotazník o kouření použitý v rámci formativní evaluace Típní to I .....</b>	<b>str. 96</b>
<b>Příloha 5: Přepis rozhovorů zkušených lektorů ČKPT .....</b>	<b>str. 97</b>
<b>Příloha 6: Segmentace a kódování rozhovorů .....</b>	<b>str. 104</b>
<b>Příloha 7: Připomínky žáků k programu Típní to I .....</b>	<b>str. 110</b>
<b>Příloha 8: Kvantifikace komunikace z dotazníku o kouření .....</b>	<b>str. 111</b>
<b>Příloha 9: Statistické výpočty v programech SPSS a R .....</b>	<b>str. 123</b>

## 1. ÚVOD

Školská primární prevence rizikového chování je jedna z oblastí, ve které dochází v posledních letech v České republice k poměrně výraznému pokroku – zavedl se systém certifikací poskytovatelů primární prevence, zlepšuje se komunikace mezi jednotlivými aktéry na poli primární prevence, probíhá výzkum a otevřeně se diskutuje o možnostech a efektivitě používaných programů (Miovský, 2010).

*„Prevencí může být jakýkoli typ výchovné, vzdělávací, zdravotní, sociální či jiné intervence směřující k předcházení výskytu rizikového chování, zamezující jeho další progresi, zmírňující již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhající řešit jeho důsledky“* (Miovský, 2012, str. 107). Oblast prevence je tedy velmi široká oblast týkající se několika resortů, zejména zdravotnictví, školství či ministerstva vnitra a souvisí s mnoha dalšími obory (pedagogika, psychologie, sociologie apod.).

Užší oblast školské primární prevence se zaměřuje na poměrně široké spektrum rizikového chování, např. na šikanu a projevy agrese, rasismus, extrémně rizikové sporty či závislostní chování (Miovský, 2012, str. 109).

Pro účely této práce zúžím předmět zkoumání na oblast školské prevence rizikového užívání tabáku, ještě specifičtěji se budu zabývat formativní evaluací jednoho konkrétního programu – Típní to I (program České koalice proti tabáku, dále ČKPT), který je cílený na žáky 7. tříd ZŠ a studenty sekundách víceletých gymnázií.

Ve věku 13 let pravidelně kouří asi 10% dětí (Sovinová, 2014). Pro toto vývojové období je typická experimentace a emoční labilita (Langmeier, 2006), což zvyšuje riziko užívání tabáku, přičemž v následujících ročnících obvykle dochází k prudkému nárůstu prevalence kuřáctví (Sovinová, 2014). Z toho důvodu se mi jevily 7. třídy jako vhodný výzkumný vzorek vzhledem k hledání strategií, na kterých by bylo žádoucí postavit kvalitní preventivní program užívání tabáku.

V rámci formativní evaluace Típní to I byla provedena analýza potřeb a evaluace krátkodobého efektu z hlediska KAB modelu<sup>1</sup> s cílem přetransformovat metodiku stávajícího programu v souvislosti s moderními požadavky na kvalitu v primární prevenci (Martanová, 2012, Miovský, 2015a). Na základě této evaluace byla poté navržena nová metodika preventivních programů ČKPT.

Provedený evaluační výzkum využívá jak kvantitativní, tak kvalitativní výzkumné metody a je zastřešen participativním paradigmatem vzhledem k tomu, že jsem sám lektorem zmíněného programu a jsem tedy v tématu osobně angažován. *Neutralita*

---

1 Tj. z hlediska znalostí, postojů a chování, pozn. aut.



výzkumníka je v tomto přístupu nežádoucí, o to větší důraz je pak kladen na jeho reflexivitu“ (Bergold, 2012). V rámci normativní evaluace by bylo využití takového přístupu samozřejmě nemožné, nicméně v rámci formativní evaluace se ukazuje jako užitečné vzhledem ke stanovenému cíli.

Téma rizikového užívání tabáku je společensky dlouhodobě aktuální, což dokládá vydání nové směrnice EU o tabákových výrobcích z roku 2014<sup>2</sup>, která navazuje na Rámcovou úmluvu Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku z května roku 2003<sup>3</sup>. V tabákové směrnici EU se v úvodu píše, že „*tabákové výrobky nejsou běžným zbožím a vzhledem k obzvláště škodlivým účinkům tabáku na lidské zdraví by měl být dán ochraně zdraví v této souvislosti velký význam, zejména s cílem omezit rozšíření kuřáctví mezi mladými lidmi*“<sup>4</sup>. Česká republika však úmluvu ratifikovala až v roce 2012 a právní úprava vzhledem ke kontrole tabáku zůstává nedostatečná i v porovnání s řadou jiných zemí EU (Sovinová, 2014).

Přitom dle studie ESPAD z roku 2011<sup>5</sup> „*zůstává podíl denních kuřáků v ČR dlouhodobě na stejné úrovni. Denně kouřilo v roce 2011 celkem 25% šestnáctiletých, z nichž bylo 8% silných kuřáků (tj. vykouřilo denně 11 a více cigaret)*.“ Jedním ze systémových prvků, který by měl působit na omezení kouření u mladých lidí, by proto měla být právě včasná školská prevence užívání tabáku.

Teoretická část této práce (kap. 2) se zabývá základními termíny systému školské prevence v České republice (kap. 2. 1.), tématem rizikového užívání tabáku v kontextu zdravotním i společenském (kap. 2. 2.) a požadavky na kvalitní preventivní program užívání tabáku (kap. 2. 3.). V následujících kapitolách praktické části je poté popsán ideový a technický plán výzkumu (kap. 3) a analýza a interpretace získaných dat (kap. 4.). V následné diskuzi (kap. 5.) jsou poté získané poznatky dány do širších souvislostí.

---

2 Směrnice Evropského parlamentu a rady 2014/40/EU ze dne 3. 4. 2014 o sbližování právních a správních předpisů členských států týkající se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir\\_201440\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir_201440_cs.pdf) [cit. 2016-04-05]

3 WHO Framework convention on tobacco control ze dne 21. května 2013, dostupné z: <http://www.who.int/fctc/publications/en/> [cit. 2016-04-05], v ČR byla ratifikována 2. května 2012, dostupné z: [http://euroskop.cz/gallery/64/19273-who\\_ramcova\\_umluva\\_o\\_kontrola\\_tabaku.pdf](http://euroskop.cz/gallery/64/19273-who_ramcova_umluva_o_kontrola_tabaku.pdf) [cit. 2016-04-05]

4 Směrnice Evropského parlamentu a rady 2014/40/EU ze dne 3. 4. 2014 o sbližování právních a správních předpisů členských států týkající se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků, str. 1. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir\\_201440\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir_201440_cs.pdf) [cit. 2016-04-05]

5 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/nms/vyzkum-nms/evropska-skolni-studie-o-alkoholu-a-jinych-drogach-espad-vysledky-pruzkumu-v-cr-v-r.-2011-1/> [cit. 2016-04-05]

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2. 1. EVALUACE ŠKOLSKÉ PRIMÁRNÍ PREVENCE

V této kapitole se budu zabývat základními termíny školské primární prevence a teorií evaluace, přičemž se zejména zaměřím na obecné požadavky na kvalitní a efektivní program primární prevence.

Vycházím přitom hlavně z monografie Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování (dále jen „Standardy“, Martanová, 2012) a z výstupů projektu VYNSPI-2<sup>6</sup>, které jsou zhmotněny v tetralogii čtyř monografií (Miovský, 2010, 2012, 2015a, 2015b), která představuje teoretická východiska školské primární prevence, příklady dobré praxe a možnosti výzkumu. Dále využívám Evropské standardy pro kvalitní drogovou prevenci (EMCDDA<sup>7</sup>, 2011).

#### 2. 1. 1. Základní rámec systému školské prevence

Základní rámec školské prevence rizikového chování<sup>8</sup> se skládá celkem ze čtyř komponent (Miovský, 2015a), jejichž přehled uvádí tabulka 2. 1.

Vidíme zde, že na klíčové koncepty školské prevence rizikového chování (což poskytuje také jednotnou terminologii) nasedají konkrétní výstupy přímo využitelné v praxi. Nejdůležitějšími výstupy projektu VYNSPI-2 je právě definice klíčových konceptů, v rámci čehož došlo ke standardizaci používaných termínů a také k vyjádření snahy změnit pohled veřejnosti na preventivní programy tak, aby byly v souladu s aktuálním stavem výzkumu a mezinárodními trendy ve vývoji primární prevence.

V úvodu Evropských standardů EMCDDA se píše, že „*obecný náhled na drogovou prevenci je ten, že jde pouze o to informovat a varovat mladé lidi před nebezpečím drog. Nicméně neexistuje důkaz, že by takový koncept byl úspěšný*“<sup>9</sup> (EMCDDA, 2011, str. 19). Z tohoto důvodu začaly být přesněji definovány požadavky na kvalitu preventivních programů, díky čemuž vznikl také stávající systém certifikace poskytovatelů primární prevence v České republice a související Standardy. Jejich cílem je jednak poskytnout

6 Tj. Projekt VYNSPI-2: Implementace a evaluace minimálního preventivního programu, systémových nástrojů ve vzdělávání a vytvoření sběrného systému v oblasti prevence rizikového chování pro pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni, zdroj: <http://adiktologie.cz/> [cit. 2016-04-04]

7 EMCDDA = European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, tj. Evropské monitorovací pro drogy a drogové závislosti; pozn. aut.

8 Dále jen „školská prevence“ či „prevence“, pozn. aut.

9 „*The common view of drug prevention, particularly in lay audiences, is that it consists of informing (generally warning) young people about the effects (most commonly the dangers) of drug use. However, there is currently no evidence to suggest that the sole provision of information on drug effects has an impact on drug use behaviour.*“ Volně přeloženo, pozn. aut.

pracovníkům prevence kritéria, podle kterých mohou posuzovat kvalitu svojí práce, ale také chránit klienty před neúčinnými či potenciálně škodlivými programy. To úzce souvisí se společenským požadavkem, aby nebyly čerpány dotace ze státních prostředků na nekvalitní programy (Martanová, 2012).

<b>(1) Jednotný teoretický a terminologický rámec a klíčové koncepty školské prevence rizikového chování</b>		
<b>(2) Jednotný výkladový rámec využívající koncept rizikového chování</b>		
2a. Cíle školské prevence	2b. Cílové skupiny	2c. Úrovně realizace
<b>(3) Doporučené kurikulum prevence pro základní školu (tzv. Minimální preventivní program)</b>		
3a. Programy podporující zdraví	3b. Životní dovednosti	3c. Specifické programy
<b>(4) Kvalita a efektivita ve školské prevenci rizikového chování</b>		
4a. Kvalita programů (certifikace)	4b. Kvalita profesionálů	4c. Efektivita programů

**Tab. 2. 1. Schéma základních komponent modelu  
školské prevence v ČR (dle Miovský, 2015a)**

Než však mohly být blíže definovány Standardy, bylo potřeba definovat základní pojmy. Tak například došlo k opuštění dříve používaného termínu *sociálně-patologické jevy*, protože „je příliš stigmatizující, normativně laděný a klade příliš velký důraz na skupinovou/společenskou normu“ (Mioviský, 2010, str. 28). Nyní se používá termín *rizikové chování*, které lze nejobecněji definovat jako „*chování, které má negativní dopady na fyzické či psychické fungování člověka a které je nějakým způsobem ohrožující i pro jeho okolí či společnost*“ (Širůčková In: Mioviský, 2012, str. 161).

S tím se pojí termín *vzorce rizikového chování*, což je „*soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi*“ (Mioviský, 2010, str. 28). Již v těchto definicích je zřetelně vidět snaha, aby cíle a efekty prevence byly nějakým způsobem pozorovatelné a měřitelné. Z toho důvodu je vždy potřeba na začátku co nejpřesněji popsat konkrétní rizikové chování a identifikovat vzorce chování, které jsou s nimi spojené.

Do konceptu školské prevence rizikového chování v České republice je v užším pojetí

řazeno sedm typů rizikového chování (záškoláctví, šikana a extrémní projevy agrese atd.), což znamená, že se netýká pouze drog. Závislostí chování (kam spadá také užívání tzv. legálních drog – alkoholu a tabáku) je jen jedním z typů rizikového chování, na které se školská prevence zaměřuje (Miovský, 2012).

Cílem prevence není pouze problémům předcházet, ale také je včas zachytit a řešit, což se odráželo v dřívějším dělení prevence na primární, sekundární a terciární. Za primární prevenci se považovalo předcházení problémům v populaci, kde se ještě problémy nevyskytly, cílem *sekundární prevence* bylo poskytnout efektivní pomoc těm, u kterých se rizikové chování už vyskytlo, ale kde stav příliš nepokročil, zatímco *terciární prevence* se téměř překrývala s léčbou a s mírněním škod (Nešpor, 1999). V současné praxi se toto dělení už příliš nepoužívá, nové dokumenty užívají dělení prevence na *nespecifickou* a *specifickou* (Miovský, 2010).

*Nespecifická primární prevence* má za cíl „*výchovu dětí a mládeže ke zdraví, osvojení pozitivního sociálního chování a snahu o zachování integrity osobnosti. Je nosnou částí celého preventivního působení a je realizována především za využití sítě rekreačně sportovních a kulturních volnočasových aktivit a programů*“ (Gabrhelík In: Miovský, 2012, str. 204).

*Specifická prevence* „*představuje aktivity a programy s úzkým zaměřením na jeden či více typů rizikového chování a na rizika s nimi spojená. V praxi by v podstatě nemusela být rozvíjena, pokud by neexistovaly prokazatelné problémy spojené s daným typem rizikového chování. Proto je v tomto případě nutné sledovat výzkum týkající se daného typu rizikového chování*“ (Gabrhelík In: Miovský a kol., 2012, str. 204-205). Certifikace a evaluace dle Standardů je prováděna pouze u programů specifické prevence (Martanová, 2012). Specifické prevence se dále člení podle vzoru EMCDDA v závislosti na typu cílové skupiny na *všeobecnou*, *selektivní* a *indikovanou* prevenci (Miovský, 2015a).

Cílovou skupinou *všeobecné (univerzální) prevence* je „*obecná populace nebo subpopulace (např. žáci druhého stupně základních škol), která je v běžném pásmu pravděpodobnosti výskytu rizikových forem chování. Cílem všeobecné prevence je zabránit zahájení rizikového chování. V případě užívání návykových látek je relevantním cílem také oddálit experimenty s návykovou látkou do pozdějšího věku, dále lze edukovat o bezpečnějších formách užívání návykových látek tak, aby se maximálně snížila rizika (aplikace principů harm reduction<sup>10</sup>) a omezit užívání v co největší možné míře.*

---

<sup>10</sup> Harm reduction = snížení rizika u jedinců, u nichž není možné z různých důvodů riziko zcela odstranit (Králíková, 2015, str. 75)

*Identifikace problému u této úrovně prevence probíhá obvykle prostřednictvím celopopulačních studií (např. studie ESPAD, HBSC s žáky základních a středních škol). Intervence jsou nejčastěji prováděny v prostředí základní a střední školy či jiné komunity“ (Gabrhelík In: Miovský, 2012, str. 168).*

*Selektivní prevence je určena po cílové skupiny, u nichž je „aktuálně či dlouhodobě zvýšené riziko výskytu rizikových forem chování. Je prováděna s cílem zabránit nástupu projevů rizikového chování a klade vyšší požadavky na odbornost pracovníka prevence“ (Gabrhelík In: Miovský, 2012, str. 168).*

*Indikovaná prevence cílí na „jednotlivce, u nichž se již objevil jeden nebo více příznaků, které jsou charakteristické pro sledovaný typ rizikového chování. Projevy však nejsou plně rozvinuty a neumožňují jednoznačnou diagnózu. Cílem je zabránit progresi rizikového chování a dále maximálně snížit dobu a frekvenci výskytu projevů rizikového chování“ (Gabrhelík In: Miovský, 2012, str. 169).*

Evaluaovaný program „Típní to I“ je na základě výše řečeného zařazen do všeobecné specifické prevence závislostního chování (či rizikového užívání tabáku).

## **2. 1. 2. Teoretické modely primární prevence**

Programy primární prevence v základu vycházejí z chápání *zdravého způsobu života*, což je životní styl, který zahrnuje aktivity podporují „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“ (Miovský, 2010). Za podporu zdraví se považuje „proces, který lidem umožní zvýšit kontrolu nad svým zdravím a zlepšovat svoje zdraví“ (Gabrhelík In Miovský, 2012, str. 63).

Preventivní programy jsou vlastně součástí širšího společenského působení, které bere v potaz to, že lidé se k rizikovému chování nedostanou pouze na základě svojí osobnosti, ale také na základě různých enviromentálních a sociálních faktorů, což může zahrnovat například míru akceptace rizikového chování v komunitě, ve které lidé žijí, národní regulace užívání legálních návykových látek skrze zvýšení daní či omezením jejich dostupnosti v okolí škol a jiné (EMCDDA, 2011, str. 23).

Tím se dostáváme ke konceptu teoretických modelů, což jsou „soubory vzájemně souvisejících předpokladů, které vysvětlují podstatu, důvody, příčiny a principy vzniku nějakého fenoménu, třeba užívání návykových látek a v případě prevence ideálně vysvětlují, jakým způsobem je možné redukovat či měnit vzorce konkrétního rizikového chování“<sup>11</sup> (EMCDDA, 2011, str. 116). Každý výzkumník minimálně implicitně pracuje s

---

11 „A theoretical model is a set of interrelated assumptions explaining how and why a drug prevention

nějakými předpoklady či domněnkami, a proto je výhodnější, když jsou tyto předpoklady přiznané a uvědomované (EMCDDA, 2011, str. 117-118).

V rámci primární prevence jsou nejčastěji využívány následující typy teoretických modelů (dle Gabrhelík In Miovský, 2010, str. 46-47).

#### a) **Kognitivní modely a modely založené na informacích**

Tento přístup vychází z předpokladu, že se jedinci rozhodují na základě vlastních znalostí a názorů. Dle těchto modelů se jedinec nežádoucího chování vyvaruje, pokud je seznámen s negativními dopady svého chování na své zdraví. V praxi se však ukazuje, že modely nejsou plně funkční, neboť neberou v potaz další faktory, které ovlivňují chování (zejména sociální a emoční faktory).

#### b) **Modely sociálního vlivu**

Modely sociálního vlivu akcentují význam sociálních faktorů (zejména rodiny, vrstevníků a médií), které hrají významnou roli zejména v počátečních fázích užívání návykových látek. Příkladem je *teorie sociálního učení* (Social Influence), podle které je chování výsledkem pozorování a napodobování chování, postojů a emočních reakcí ostatních.

#### c) **Sociologické a vývojové modely**

Tyto modely reflektují skutečnost, že se jedinci v průběhu času vyvíjejí a stejně tak se vyvíjí i jejich vnímání otázek spojených s různými typy rizikového chování. Například *modely vývojové teorie* (Evolution theory) reprezentují model Kandelové, podle které užití nelegální drogy předchází zkušenost s alespoň jednou legální drogou, tedy alkoholem či tabákem.

#### d) **Modely komplexního vlivu sociálního prostředí**

Tyto modely mají teoretické základy v konceptu rizikových a projektivních faktorů, přičemž cílem u mladých lidí je – často za podpory rodičů a důležitých dospělých – posilovat protektivní a oslabovat rizikové faktory.

Za *rizikové faktory* označujeme v primární prevenci praxí či epidemiologicky vysledované a výzkumem ověřené činitele nebo podmínky spojované s rostoucí pravděpodobností výskytu rizikového chování u jedince.

Za *protektivní* (ochranné) faktory pak označujeme ty, které dopad a účinky rizikových faktorů zmírňují, působí proti nim nebo je kompenzují.

Mnoho typů rizikového chování má společné příčiny, respektive rizikové a protektivní

---

*intervention is likely to produce outcomes in the target population, and it may also explain the causes of drug use“* (EMCDDA, 2011, str. 116), volně přeloženo, pozn. aut.

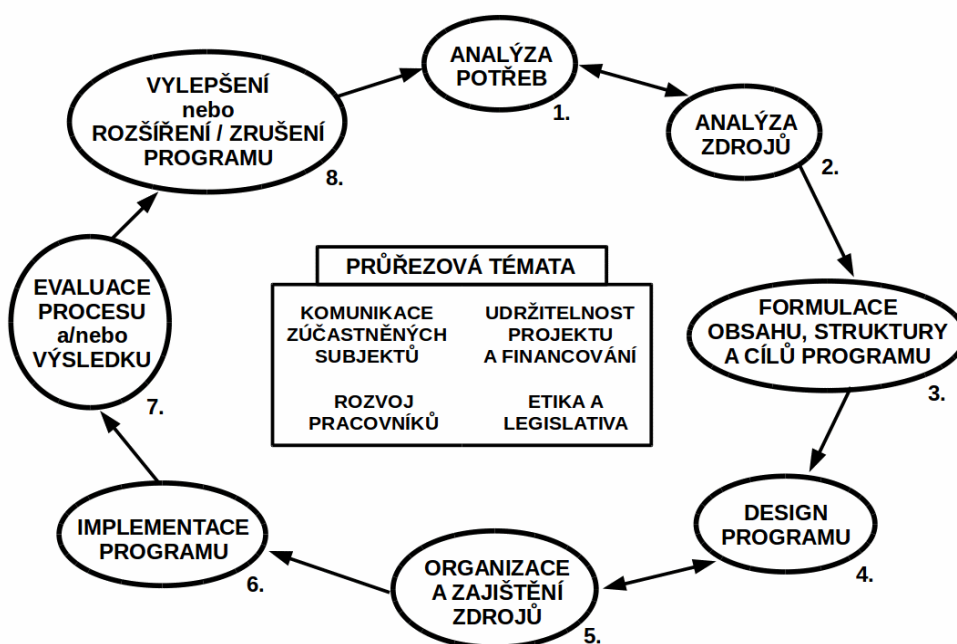
faktory. Faktorů v obou kategoriích je velké množství a dají se dle teorie problémového chování rozdělit na pět systémů: biologický, sociální, vnímaného prostředí, osobnost a chování. Tyto skupiny faktorů vytvářejí u každého jedince specifickou síť příčinných souvislostí. Je důležité poznamenat, že přítomnost rizikového faktoru nemusí vždy nutně znamenat rozvoj rizikového chování, ale ani přítomnost protektivního faktoru nemusí v každém případě jedince od rizikového chování či jeho následků ochránit. Znalost multifaktoriální povahy etiologie rizikového chování má zásadní význam při tvorbě efektivních preventivních programů (Charvát, Nevoralová In Miovský, 2012, str. 45).

Preventivní programy postavené na modelu komplexního vlivu jsou v prevenci považovány za jedny z nejúčinnějších (Gabrhelík In Miovský, 2010, str. 47).

### 2. 1. 3. Evaluace v primární prevenci

Po definici základního rámce primární prevence se nyní budu podrobněji zabývat teorií samotné evaluace a příbuzných témat.

Evaluace preventivního programu je „*systematické shromažďování, analyzování a interpretování informací o přípravě, průběhu intervence a jejích možných účincích na cílovou skupinu*“ (Mioviský, 2012, str 52). Proces evaluace znázorňuje obrázek 2. 1.



**Obr. 2. 1. Proces evaluace preventivního programu (dle EMCDDA, 2011)<sup>12</sup>**

<sup>12</sup> Přeloženo a zpracováno autorem této práce.

Každé evaluaci musí předcházet *analýza potřeb* a *analýza zdrojů*, které mohou být provedeny současně nebo jedna po druhé. Pro analýzu potřeb je nutné zohlednit aktuální společenskou a politickou situaci a její požadavky, výzkumná data týkající se výskytu rizikového chování a jejich společenských důsledků a charakteristiky cílové skupiny intervence (EMCDDA, 2011, str. 83-84). Do analýzy zdrojů patří zjištění dostupnosti cílové skupiny a existence společenské podpory plánované intervence a dále zohlednění organizační, ekonomické a personální situace realizátora prevence. Tento krok zároveň umožní realizátorům ve stanovení si reálných cílů (EMCDDA, 2011, str. 104).

Dalším stadiem je definice obsahu a struktury programu, což umožní vytvoření obsahově jednotné a realisticky naplánované metodiky preventivního programu. Patří sem detailní charakteristika cílové skupiny, příklon k určitému teoretickému modelu, definice dlouhodobých i krátkodobých cílů a konkrétních výstupů programu, plán settingu a časové realizace a také detailní zmapování dosud provedeného evidence-based výzkumu na dané téma s důrazem na vypracování přehledu metod, které se ukázaly být v daném typu intervence použitelné a efektivní (EMCDDA, 2011, str. 112).

Na definici obsahu a struktury nasedá vytvoření konkrétní metodiky programu a jeho designu. Nejdříve je však vhodné zjistit, zda již neexistuje metodika či program, který by byl v dané situaci použitelný – v tom případě je zbytečné tvořit úplně novou metodiku. Dále doporučují plánovat program flexibilně, tedy aby bylo možné v jeho rámci reagovat na aktuální situaci (EMCDDA, 2011, str. 133). Současně s tvořením metodiky je možné provádět zajišťování personálních a materiálních zdrojů (EMCDDA, 2011, str. 164).

V další fázi již následuje implementace preventivního programu. Jeho součástí může být provedení pilotáže, v každém případě je však v této fázi nutné sledovat a hodnotit, zda program funguje tak, jak bylo naplánováno (EMCDDA, 2011, str. 190).

V průběhu všech fází realizace evaluace doporučuje EMCDDA zohledňovat čtyři tématické okruhy - jak funguje komunikace mezi všemi zainteresovanými subjekty, jak se daří zajišťovat vzdělávání a rozvoj realizátorů prevence, zda je projekt finančně a organizačně dlouhodobě udržitelný a také mít na paměti kromě platné legislativy též etický rozměr práce (EMCDDA, 2011, str. 55).

Dalším stadiem je evaluace procesu či výsledku, ze které vycházíme při hodnocení, zda a jak je program možné zlepšit či jestli je vhodné program dále šířit nebo je nutné jej zrušit. V tomto bodě je zásadní vědět, k čemu má provedená evaluace procesu či výsledku sloužit. Na základě cíle, kterého chceme evaluací dosáhnout, totiž rozlišujeme *formativní* a *normativní* evaluaci.



Hlavním cílem *formativní evaluace* je nalézt silné a slabé stránky prevence a navrhnout změny, které povedou ke zlepšení a zdokonalení programu či odstranění jeho slabých stránek. Smyslem je tedy výhradně zlepšení programu či lektora (Miovský, 2015a, str. 24).

Naproti tomu hlavním důvodem k provedení *normativní evaluace* může být zrušení programu, sankce realizátorům programu za zjištěné nedostatky, nižší dotace v další dotačním řízení apod. Při normativní (též sumativní) evaluaci porovnáváme hodnocený program s již existujícími standardy kvality nebo s jiným programem. „*Při praktické aplikaci je nutné respektovat odlišnosti obou přístupů z hlediska metodologických a epistemologických východisek a předpokladů*“ (Miovský, 2015a, str. 25).

S rozdělením na formativní a normativní evaluaci se pojí problém, kdo může být evaluátorem preventivního programu. „*Standardní nezávislá evaluace je vyloučena např. v situaci, kdy mezi realizátorem a hodnotitelem existuje nepřiměřená vazba (př. zaměstnanecký poměr) nebo možnost realizátora (zadavatele) přímo ovlivnit výši odměny pro evaluátora*“ (Miovský, 2012, str. 43).

Z hlediska hodnocených fází programu je možné rozlišovat mezi evaluací přípravy, procesu a výsledku.

*Evaluace přípravy* především zjišťuje, „*jak kvalitně je daný program připraven předtím, než je spuštěn*“ (Miovský, 2015a, str. 25). Fáze průběhu evaluace dle EMCDDA (viz výše), které se týkají evaluace přípravy, jsou analýza potřeb a zdrojů, zhodnocení obsahu a cílů programu, organizační zajištění a přípravy metodických a dalších dokumentů související s designem konkrétní intervence.

*Evaluace procesu* se zabývá fází implementace programu. Vyhodnocuje se např. zda na sebe různé části navazují v logickém pořadí či jaká je vlastní kvalita jednotlivých kroků programu, což je poměrně obtížnou částí evaluace prevence. „*Zatímco při evaluaci přípravy a výsledku může hodnotitel vycházet z písemných dokumentů zpracovaných při plánování projektu, při evaluaci procesu je často odkázán především na subjektivní výpovědi realizátora, spolupracovníků či účastníků programu, případně na data získaná vlastním pozorováním*“ (Miovský, 2012, str. 41).

*Evaluace výsledku*, které se někdy shrnuje pod pojmem měření efektivity, sleduje dopad intervence u cílové skupiny, přičemž se vychází z cílů definovaných v přípravné fázi preventivního programu. „*Téma efektivity prevence je velice náročné a citlivé. Pod pojem efekt nebo také dopad na cílovou skupinu se totiž významově zařazuje množství fenoménů, jako jsou například znalosti, dovednosti, názory a postoje nebo různé behaviorální projevy (určité vzorce chování) a někdy je problematické tyto proměnné objektivně určit a*

*měřit*“ (Miovský, 2012, str. 42). Komplikací je totiž to, že kromě pozitivních dopadů intervence se mohou objevit i nežádoucí vedlejší efekty, které mohou být odhalené, ale také skryté. Dalším možným problémem je to, že některé efekty se mohou v krátkodobém horizontu jevit jako pozitivní, zatímco dlouhodobě se mohou ukázat negativně. Příkladem může být, pokud v případě užívání návykových látek předáme přehnaně negativní či dokonce lživé informace, což sice může u mladších žáků vzbudit velké negativní emoce a může oddálit užívání látky, ale když se potom dozví korigované informace, může to znehodnotit celou prevenci. Další komplikací je také to, že někdy se nemusí efekt projevit v době měření nebo se někteří ovlivnění jedinci mohou jevit jako neovlivnění z různých důvodů, třeba z toho, že stále mohou obávat odsouzení od vrstevníků. Může ale dojít také k druhému extrému, kdy skupina vykazuje navození změny, ale reálně ke změně nedošlo, třeba v případě záměrného lhaní (Miovský, 2015a, str. 29-31).

Z výše řečeného vyplývá požadavek na to, že je nutné neustále reflektovat nezamýšlené a nežádoucí účinky intervence. S tím souvisí nutnost popsat u každé prevence mechanismy, které brání či naopak podporují efekt intervence, a v ideálním případě se je také pokusit vysvětlit (Miovský, 2015a, str. 22).

Dále lze evaluace dělit z hlediska užitého typu výzkumného plánu na experimentální, kvaziexperimentální či jiné typy evaluací.

*Experimentální typ evaluace* předpokládá použití experimentální a kontrolní skupiny vybrané náhodným výběrem, u kterých hodnotíme (měříme) stav před a po provedení intervence (případně také v jejím průběhu) a dopad s odstupem času po ukončení intervence (follow-up). Na závěr pak porovnáváme výsledek (rozdíl) dosažený u experimentální skupiny (která byla podrobena experimentálnímu zásahu) a kontrolní skupiny (Miovský, 2012, str. 42).

*Kvaziexperimentální typ evaluace* spočívá v tom, že výběr experimentální a kontrolní skupiny není náhodný, ale je podřízen určitým podmínkám či kritériím, a často tak při něm využíváme záměrného výběru. Využívá se v situaci, kdy není možné provést klasický experiment (Miovský, 2012, str. 42).

Při *neexperimentální evaluaci* obvykle nemáme kontrolní skupinu a pracujeme pouze se skupinou, která je podrobena preventivní intervenci. Často využívanou metodou neexperimentální evaluace v primární prevenci je tzv. pre-post design, ve kterém změříme požadovanou proměnou ve stejné skupině před intervencí a nějaký čas po ní<sup>13</sup>.

---

13 <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/376/3732/E-learning-Evaluace-primarne-preventivnich-programu-> [cit. 2016-04-04]

Jiní autoři již reflektují také možnosti, které evaluaci primární prevence přinášejí kvalitativní výzkumné metody, jako je zúčastněné pozorování, různé typy interview či ohniskové skupiny, případně kombinace více typů v případě složitějších projektů (Miovský, 2012, str. 43).

Na základě výše řečeného lze shrnout, že jakoukoli evaluaci nelze kvalitně provést, nejsou-li přesně definované cíle a cílová skupina, pokud neexistují nějaké obecné standardy kvality a pokud není projekt zajištěn organizačně a ekonomicky. Zásadní je zvolit adekvátní způsob evaluace podle jejího cíle. Například „*proces certifikace je případem normativní evaluace přípravy a procesu*“ (Miovský, 2015a, str. 37), zde prezentovaná evaluace programu „Típní to I“ je formativní evaluací přípravy a výsledku.

## **2. 1. 4. Evaluační metody a nástroje**

Jak bylo řečeno výše, evaluaci lze provést pomocí kvalitativních a/nebo kvantitativních výzkumných metod. Výzkumníci stále častěji využívají smíšený design výzkumu, čímž se snaží při řešení výzkumného problému využít výhody obou přístupů a zároveň kompenzovat jejich nevýhody (Hendl, 2008, str. 43). Cenou za výhody smíšeného výzkumu jsou ovšem vyšší náklady (časové, finanční) a větší náročnost na osobu výzkumníka (častěji výzkumný tým). Někteří vědci navíc odmítají míšení přístupů s ohledem na zásadní odlišnost kořenů obou přístupů (Hendl, 2008, str. 61).

V případě evaluace primární prevence je obecně doporučováno užít smíšený design výzkumu, neboť „*jen syntéza zjištění obou přístupů může zprostředkovat informaci o reálném a do kontextu zasazeném výsledku evaluované intervence. Bez kvalitativních výzkumných metod se lze jen těžko obejít při hledání odpovědi na otázku, zda evaluovaná intervence skutečně ovlivňuje to, co ovlivňovat má či jakým způsobem zvolenou charakteristiku cílové skupiny ve skutečnosti ovlivňuje*“ (Miovský, 2012, str. 41).

Způsob práce s konkrétními metodami získávání dat (v rámci evaluace se o nich hovoří jako o evaluačních nástrojích<sup>14</sup>) se pak liší v závislosti na zvoleném výzkumném přístupu. Nejobecněji rozlišujeme pozorování, rozhovor, testy či dotazníky a analýzu produktů (Ferjenčík, 2000). Ty pak můžeme detailněji dělit do mnoha kategorií. Na tomto místě se budu zabývat pouze těmi metodami, které byly použity u formativní evaluace ve výzkumné části této práce.

Hendl (2008, str. 161-186) v rámci kvalitativního přístupů uvádí detailní členění

---

14 Dle <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/376/3732/E-learning-Evaluace-primarne-preventivnich-programu-> [cit. 2016-04-24]

rozhovorů na kvalitativní rozhovor, strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, rozhovor pomocí návodu, problémově zaměřený, neformální, narativní či fenomenologický rozhovor a skupinové diskuze. Já v rámci evaluace potřeb využil problémově zaměřený rozhovor, který „se využívá v případech, kdy již k předem určenému problému existují určité znalosti a specifické otázky, ke kterým se tazatel neustále vrací. Je z velké části strukturovaný, protože jsou již dopředu určené otázky a okruhy témat, které by se měly během rozhovoru probrat“ (Hendl, 2008, str. 175).

Z hlediska klasičtějšího dělení podle míry kontroly tazatele nad rozhovorem se rozlišuje nestrukturovaný, polostrukturovaný a strukturovaný rozhovor (Miovský, 2006; Ferjenčík, 2000), přičemž nejrozšířenější formou je polostrukturované interview vzhledem k tomu, že vyvažuje nevýhody nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru<sup>15</sup>. Problémově zaměřený rozhovor by mohl být také zařazen pod polostrukturovaný rozhovor, ve kterém si „tazatel dopředu vytvoří určité schéma okruhu otázek, které je závazné, ale které lze podle potřeb rozhovoru měnit a přizpůsobovat aktuálním potřebám dotazovaného“ (Miovský, 2006, str. 159-160).

Podle Ferjenčíka (2000, str. 183) je formou rozhovoru také dotazník, neboť „to v jeho základní podobě není nic jiného než standardizované interview předložené v písemné podobě“. Specifickou formou dotazníků jsou ty, která jsou založeny na principu Likertovy škály. Jedná se o pořadovou škálu (obvykle pětibodovou), díky které můžeme získat buď hodnocení jedince o určité věci (otázky typu „jak moc se Vám líbí...“) nebo o hodnocení názoru (typicky v tomto formátu: 1 - souhlasím; 2 - spíše souhlasím; 3 – nemohu se rozhodnout; 4 – spíše nesouhlasím; 5 – nesouhlasím). Na tomto principu vznikají postojové škály určené k měření postojů, které jsou potenciálně užitečným evaluačním nástrojem preventivních programů.<sup>16</sup>

Postoj je „hodnotící vztah zaujímaný jednotlivcem vůči okolnímu světu, jiným subjektům i sobě samému. Zahrnuje dispozici chovat se či reagovat určitým relativně stabilním způsobem“ (Průcha, 2001, str. 171). Základní složky postojů jsou poznávací (názor na objekt), citová (emoční vztah k objektu) a konativní (chování vůči objektu)<sup>17</sup>. To

---

15 Hlavní nevýhodou strukturovaného interview je malá flexibilita v rámci rozhovoru, zatímco úplná absence struktury v rozhovoru velmi ztěžuje proces analýzy dat (Miovský, 2006, str. 156).

16 V tomto kontextu existuje metodologický problém, který vyvolává u výzkumníků behaviorálních věd určité spory. Jde o oprávněnost užívání parametrických testů při práci s Likertovými škálami. Jedni namítají, že se jedná o pořadovou škálu, tudíž by se u ní teoreticky při analýze dat měl použít neparametrický test, protože se v tomto případě nejedná o intervalové proměnné. Druzí však s ohledem na praxi a povahu obvykle získávaných dat obhajují při analýze též možnost využití parametrické testy, které jsou přesnější (Walker, 2013).

17 <http://www.studium-psychologie.cz/socialni-psychologie/5-postoje.html> [cit. 2016-04-23]

je také jeden z důvodů, proč preventivní programy zacílené pouze na předávání informací nebývají tak účinné, program by měl cílit na všechny složky postoje.

Postoj je však velmi obtížné měnit, jak naznačuje například Festingerova teorie kognitivní disonance, která je založena na tom, že „*lidé obecně preferují soulad neboli konzistenci mezi svými postoji, názory a chováním oproti nesouladu. Jakákoli disonance vyvolává tenzi, která vede člověka k co nejrychlejšímu opětovnému nastolení konzistence.*“<sup>18</sup> Příkladem může být kuřák, který se dozvěděl o negativním vlivu kouření na zdraví a aby zmírnil co nejdříve disonanci, řekne si, že kouří kvůli snížení stresu, což má na zdraví pozitivní vliv. Změnit postoj ve směru zcela opačném je z tohoto důvodu velmi obtížný a dlouhodobý proces (s výjimkou vlivu zásadních životních situací), realistickým cílem v systému primární prevence je z tohoto hlediska spíše co nejvíce posilovat žádoucí a zmírňovat nežádoucí postoje (například posílit negativní postoj ke kouření a zmírnit pozitivní postoj ke kouření) než je zcela změnit. K měření míry změny mohou sloužit právě postojové škály.

Co se týče postojových škál zaměřených pouze na kouření, je v našich zemích k dispozici jen Orientační postojová škála ke kouření (T-128, Kollárik, 1984), která je složena z 20 položek hodnocených na Likertově škále 1-5 a má normy pro věkovou skupinu 8-14 let. Kromě zastaralých norem jsou její nevýhodou společensky neaktuální položky (př. Mělo by se zakázat kouření ve vlaku). Je tak využívána spíše jako inspirační zdroj při konstrukci vlastního dotazníku pro konkrétní evaluaci či výzkum (např. Hrubá, 2012; Repka, 2011; Müllerová, 2008).

Podobná praxe je i v zahraničních výzkumech, kdy často dochází k vytvoření vlastní postojové škály, která je upravená tak, aby co nejlépe odpovídala cílům konkrétní evaluace (Thomas, 2013; Tahlil, 2013; Crone, 2011). Jako inspirační zdroj může sloužit škála Smoking Attitudes Scale (Shore, 2000), která je určena jak pro kuřáky, tak nekuřáky<sup>19</sup>.

Dvěma specifickými typy dotazníků, které se v rámci evaluací preventivních programů často využívají, jsou zpětné vazby a znalostní testy.

Dotazníky zpětné vazby dávají realizátorům programu informace o tom, co cílovou skupinu zajímá, trápí či na co je vhodné se zaměřit. Dají se z nich odvodit silné a slabé stránky programu a to, jak je klienty program vnímán. Zároveň je to prostor pro bezpečné vyjádření názoru (většinou bývají anonymní). Nevýhodou je to, že zjištěné informace jsou

18 <http://www.psychologon.cz/component/content/article/359-teorie-kognitivni-disonance> [cit. 2016-04-23]

19 Při konstrukci postojové škály využitě ve formativní evaluaci programu „Típní to I“ jsem vycházel právě ze dvou zmíněných škál – T-128 a SAS – a jednotlivé položky jsem upravil podle obsahu preventivního programu, pozn. aut.

velmi subjektivní a děti ani nemusí mít motivaci dotazník vyplňovat<sup>20</sup>.

Znalostní testy se dají dobře využít buď v rámci analýzy potřeb (obsah programu lze přizpůsobit daným zjištěním) nebo pro zhodnocení výsledku (pomocí pre-post designu). Forem a druhů těchto testů je velké množství, při jejich využití je třeba vycházet zejména z cíle, ke kterému má být test použit<sup>21</sup>.

Cenným zdrojem evaluačních dat jsou dále produkty lidské činnosti. *„Například při evaluaci přípravy a výsledku může hodnotitel vycházet z písemných dokumentů zpracovaných při plánování projektu, podkladů poskytnutých navrhovatelem intervence do příslušného dotačního řízení či závěrečné zprávy, eventuálně odborných publikací typicky informujících o výsledku konkrétní intervence u cílové skupiny (Miovský, 2015a, str. 26).*

### **2. 1. 5. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů prevence**

Standardy jsou chápány jako *„odbornou veřejností akceptovaná úroveň poskytovaných preventivních programů, která umožňuje dosažení maximální kvality a efektivity těchto programů“ (Martanová, 2012, str. 27).*

Za hlavní úkoly a cíle standardů jsou považovány:

a) Stanovení kritérií kvality programů školské primární prevence rizikového chování, která se stanou závazná pro všechny poskytovatele těchto programů.

b) Nastavení ukazatelů kvality poskytovaných služeb, které umožní poskytovatelům vzájemně srovnatelné a opakovatelné nezávislé posuzování kvality preventivní práce.

c) Standardy a systém kontroly jejich naplňování poskytují orgánům státní a veřejné správy a jiným institucím poskytujícím finanční prostředky nástroj pro dohled nad odbornou úrovní poskytovaných programů (Martanová, 2012, str. 24-25).

Co se týče Standardů, považuji za nutné zejména zdůraznit tři skutečnosti.

1. Standardy se týkají pouze specifické primární prevence rizikového chování, což jsou *„takové intervence a programy, které jsou úzce zaměřeny na definované oblasti rizikového chování a s tím spojené fenomény“ (Martanová, 2012, str. 21).* To znamená, že nelze hodnotit nespecifické programy primární prevence nebo takové programy, které nemají jasně určené cíle (které by byly měřitelné) a jasně definovanou cílovou skupinu.

2. Základní využití Standardů je dvojí. Primárně jsou základním nástrojem pro proces certifikace, což je *„proces posouzení služby (poskytovatele) podle kritérií stanovených*

20 <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/376/3732/E-learning-Evaluace-primarne-preventivnich-programu-> ) [cit. 2016-04-25]

21 <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/376/3732/E-learning-Evaluace-primarne-preventivnich-programu-> [cit. 2016-04-25]

*schválenými standardy a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění“* (Miovský, 2015a, str. 37). Mohou být však také využity realizátoři primární prevence, kteří o certifikaci neusilují, ale chtějí naplňovat požadavky Standardů a tím zaručit kvalitu svých programů (Martanová, 2012, str. 14).

3. V souvislosti s certifikací je nutné si uvědomit, že Standardy slouží primárně k hodnocení poskytovatelů primární prevence, nikoli k evaluaci jednotlivých programů, neboť „těchto programů je značné množství a není ekonomicky ani organizačně-technicky možné hodnotit a certifikovat jednotlivé programy“ (Martanová, 2012, str. 24).

V souvislosti se Standardy také vznikl tzv. Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů ve školské prevenci, který zahrnuje čtyři kvalifikační stupně hierarchicky uspořádané dle náročnosti, které odpovídají typickým pozicím preventivního pracovníka ve školském systému. Každá z úrovní je definována jasnými požadavky na cílové znalosti, dovednosti a kompetence, které musí pracovník splňovat (Miovský, 2015a, str. 73-100). Tato klasifikace má zajistit vyšší úroveň odborníků, což z velké části ovlivňuje efektivitu preventivních programů. *„Ačkoli se některé typy programů považují za efektivní, vždy záleží na přípravě, způsobu provedení a vzdělání a dovednostech koncového realizátora programu – i sebelepší typ programu, pokud není realizován správně, může být v lepším případě neefektivní, v horším případě dokonce škodlivý“* (Gabrhelík In Miovský, 2010, str. 62).

## **2. 1. 6. Požadavky na program specifické prevence a jeho cíle**

Ve Standardech (Martanová, 2012, str. 22) je požadováno, aby programy specifické prevence naplňovaly tři obecné charakteristiky.

1. Musí mít přímý a explicitně vyjádřený vztah k určité konkrétní formě rizikového chování a tématům s ním spojenými.

2. Realizace musí být jasně časově a prostorově ohraničena a měla by procházet fázemi od zmapování potřeb, vytvoření plánu programu a jeho přípravy, provedení a zhodnocení programu a zajištění jeho návaznosti. Časovou a prostorovou ohraničeností programu je míněno to, že každý program má písemně zpracované a popsane všechny části potřebné pro jeho úspěšnou realizaci, což jsou:

- a) Příprava a plán projektu - definované konkrétní cíle, časový plán atd.
- b) Provedení - podrobný popis, jak je program prováděn, kým, kde a za jakých okolností.
- c) Zhodnocení - jakými nástroji a jakým způsobem je program hodnocen.
- d) Návaznost - co programu předchází, jak byly zjišťovány potřeby a problémy cílové

skupiny a co a proč po programu bude nebo má následovat (Martanová, 2012, str. 23).

3. Musí být zacílen na jasně ohraničenou a definovanou cílovou skupinu, včetně určení vhodné velikosti skupiny, při které lze program realizovat<sup>22</sup>.

Standardy dále definují obecné a speciální požadavky, mezi které patří např. to, že program musí respektovat specifické problémy a potřeby své cílové skupiny, musí být dostupný a musí respektovat základní práva jeho účastníků. Součástí je také zajištění základních organizačních, personálních a ekonomických požadavků na poskytovatele preventivních programů, což také patří do hodnocení efektivity (Martanová, 2012, str. 22).

Hodnotit je samozřejmě možné pouze program, který má jasně stanovené cíle. Konečným a hlavním cílem školské specifické primární prevence *„je aby som v maximálnej možnej miere predchádzali a súčasne redukovali mieru rizík spojených s konkrétnymi prejavmi rizikového chovania. V centru pozornosti stojí úkol zamezit u co najvyššieho počtu osôb tomu, aby sa u nich výraznejšie prejavy rizikového chovania pochopiteľne vôbec objavili. Ne u všetkých jedincov sa však tento úkol podaří splniť a není to ani z rôznych dôvodov reálne“* (Martanová, 2012, str. 23). Je například zřejmé, že cíl zcela vymýtit kouření by byl nereálný, Standardy proto berou do úvahy i další dílčí cíle.. Např. *„pokud se u některých jedinců nedaří zabránit nástupu různých projevů a forem rizikového chování, je třeba toto zahájení oddálit alespoň do co nejvyššího věku a pokusit se minimalizovat rizika spojená s tímto jednáním, jak z hlediska jedince, tak společnosti“* (Martanová, 2012, str. 23).

Dle Standardů je kvalitním preventivním programem ten, který *„je efektivní, integrovaný do širšieho systému preventívneho pôsobení a ktorý slouží jednoznačne definovanému cíli, splňuje kritéria stanovená ve Standardech a odpovídá potrebám zájemcov o programy a klientům“* (Martanová, 2012, str. 27). Standardy dále formulují několik obecných zásad, které by měl program splňovat, aby mohl být považován za kvalitní a efektivní (Martanová, 2012, str. 37-39; Miovský, 2015a, str. 18-20<sup>23</sup>). Tyto zásady, se kterými pracuji v rámci formativní evaluace ve výzkumné části této práce, jsou součástí přílohy 3. V mnohém vlastně shrnují a zpřesňují to, co již bylo řečeno výše.

---

22 Kategorizace cílových skupin a manuál programu Típní to I dle doporučení ve Standardech je součástí příloh 1 a 2, pozn. aut.

23 Obecné zásady přitom vycházejí zejména ze zásad formulovaných v pracích Béma, Kaliny a Nešpora a jsou důležitým dílčím výstupem projektu VYNSPI-II (Martanová, 2012).



## 2. 2. RIZIKOVÉ UŽÍVÁNÍ TABÁKU

Kouření tabáku se začalo masově šířit až kolem roku 1900, první klasická cigareta byla představena v roce 1914. Z dnešního pohledu se může zdát absurdní, že do roku 1950 se prakticky neuvažovalo o tom, že by cigarety nějak poškozovaly zdraví. První studii, která prokazovala souvislost kouření cigaret a rakoviny plic, byl výzkum Richarda Dolla. Autor, v té době kuřák, však původně nepředpokládal, že by rostoucí výskyt rakoviny plic souvisel s kouřením, jeho hlavní hypotézou bylo, že viníkem je asfaltování silnic a vdechování výfukových plynů z aut. Jako vedlejší hypotézu zařadil do výzkumu souvislost s kouřením cigaret a poté byl velmi překvapen výsledky, načež okamžitě přestal kouřit. *„Doll čekal bouřlivou reakci, až článek v British Medical Journal vyjde. Avšak nestalo se nic. Téměř nikdo nevěřil, že cigarety by opravdu mohly způsobovat rakovinu plic. Trvalo ještě sedm let, než se britská vláda oficiálně dotázala Medical Research Council, zda něco takového skutečně může být pravda“* (Králíková, 2015, str. 16). Na svůj výzkum poté navázal Doll svou slavnou padesátiletou prospektivní studií mortality britských lékařů, ve které bezpečně prokázal souvislost kouření s rakovinou plic a také zkrácení života kuřáků oproti nekuřákům o 10 let. Opožděný dopad kouření na mortalitu či morbiditu je příčinou toho, že se intenzivně kouřilo 50 let, než se objevily první důkazy o rakovině plic u mužů. *„Zajímavá byla reakce manažerů tabákového průmyslu, kteří do té doby skutečně netušili, že vyrábějí smrtící zboží. Někteří byly výsledky šokováni a od tabákového průmyslu odešli. Dnešní výrobci to však bohužel velmi dobře vědí“* (Králíková, 2013, str. 24).

Riziko pasivního kouření bylo popsáno ještě později, teprve v roce 1981, když Hurayama popsal více než 10% rakoviny plic u nekuřáků a ukázalo se, že jde většinou o partnery, respektive partnerky silných kuřáků. Dnes je již lékařský výzkum následků kouření tabáku velmi rozsáhlý, v češtině je k dispozici komplexní publikace o závislosti na tabáku, která je dílem 82 autorů, vesměs významných osobností různých oborů české medicíny a mj. obsahuje odkazy na zahraniční výzkumy (Králíková, 2013, str. 13).

V této podkapitole se tedy budeme dále zabývat souvislostmi rizikového užívání tabáku a jeho společenským kontextem, tedy prevalencí kuřáctví v České republice, platnou legislativu a postoji české veřejnosti ke kouření.

### 2. 2. 1. Zdravotní rizika užívání tabáku

Globálně kouří více než miliarda dospělých, přičemž více než polovina z těchto kuřáků žije v rozvojových zemích. Roční počet úmrtí spojených s užíváním tabáku ve světě dosahuje téměř 6 miliónů lidí, včetně 600 000 obětí pasivního kouření (Greplová, 2013). V

České republice se pak jedná asi o 16 000 lidí ročně, což je 15-17% z celkové roční úmrtnosti (Králíková, 2013).

Celkem	15 500 úmrtí v ČR za rok 2010
Nádorová onemocnění	6900 úmrtí (z toho 4700 úmrtí na rakovinu plic)
Kardiovaskulární onemocnění	5300 úmrtí
Respirační onemocnění	2000 úmrtí
Ostatní nemoci	1300 úmrtí

**Tab. 2. 3. Mortalita v ČR za rok 2010 (dle Králíková, 2015)**

V tabákovém kouři je nejméně 250 chemických látek, které jsou toxické, 70 z nich je prokazatelně kancerogenní. Jedná se například o dehet, oxid uhelnatý, kyanovodík, amoniak, toluen, arsen, olovo, chrom, aromatické uhlovodíky, kadmium, polonium a samozřejmě nikotin, který, kromě toho, že je svou podstatou jed<sup>24</sup>, způsobuje fyzickou závislost (Králíková, 2013).

Je důležité upozornit, že přestat kouřit v jakémkoli věku znamená vždy snížení rizika, a to dokonce i v případě, že je pacientovi už diagnostikována například rakovina plic. Samozřejmě platí, že čím dříve kuřák odvykne, tím nižší bude riziko (Králíková, 2013).

V dalších podkapitolách stručně proberu nejčastější zdravotní rizika spojená s kouřením cigaret.

#### **2. 2. 1. 1. Závislost na tabáku**

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN-10) je závislost na tabáku řazena do kategorie duševních poruch (diagnóza F17.2 – Syndrom závislosti způsobený užíváním tabáku), což se samotným kuřákům obvykle nelíbí, neboť se necítí být duševně nemocní. Nicméně skutečnost, že centrálním problémem kouření tabáku je chronická a recidivující drogová závislost na nikotinu se všemi jejími důsledky, je klíčová pro pochopení podstaty této nemoci a její efektivní léčbu. V souvislosti s tím je logické, že se závislostí na tabáku je častá komorbidita s jinými typy závislosti, například riziko vzniku závislosti na alkoholu je u kuřáků 2-3krát větší než u nekuřáků (Popov In Králíková, 2013). Kromě syndromu závislosti rozeznáváme ještě škodlivé použití tabáku (F17.1 dle MKN-10) a odvykací stav (F17.3 dle MKN-10), který se manifestuje

<sup>24</sup> Rostlina tabák má nikotin na svých listech a jeho toxicita chrání rostlinu před okusováním škůdci. Také v zemědělství se používá nikotinový sprej (Králíková, 2013).

abstinenčními příznaky. Fyzická závislost na tabáku je významně geneticky determinována (Žídková-Hirschfeldová In Králíková, 2013).

Závislost na nikotinu je tedy nutné vidět jako neurobiologickou poruchu funkcí mozku. Mozek závislého je kvalitativně jiný než mozek zdravého, dochází zde ke snížení metabolismu glukózy a změně v expresi genů (Vinař In Králíková, 2013).

Kvůli postupnému rozvoji tolerance na návykové látky se časem snižují pozitivní účinky nikotinu na centrální nervovou soustavu (oproti nekuřákům bude mít kuřák ve výsledku nižší schopnost syntézy endorfinů) a navíc se při absenci nikotinu objevují abstinenční příznaky. Po čase tak dojde k tomu, že kuřák nekouří proto, aby opět zažil libé pocity, ale proto, aby se vyhnul abstinenčním příznakům, které vznikají při nedostatku drogy (Králíková, 2003).

Abstinenční příznaky se objevují řádově po hodinách od poslední cigarety. V případě závislosti na nikotinu se objevují především neovladatelná či nutková touha po nikotinu (tzv. bažení z anglického craving), podrážděnost, zlost, úzkost, neschopnost se soustředit, neklid, netrpělivost, nespavost (někteří silní kuřáci se probouzí během noci, aby si mohli zapálit cigaretu, protože je probudí nedostatek nikotinu) a zvýšená chuť k jídlu. Většina kuřáků trpí jen některými z nich, přičemž doba trvání těchto obtíží je individuální, obvykle trvají 3 týdny – 3 měsíce. Od odeznění abstinenčních příznaků musí kuřák dodržovat absolutní abstinenci vzhledem k tomu, že dříve rozmnožené nikotinové receptory v mozku zůstávají a v souvislosti s opětovným zapálením byt' jedné cigarety hrozí 99% riziko, že se bývalý kuřák opět stane kuřákem (Králíková, 2003).

K léčbě závislosti na tabáku se užívá kombinace farmakoterapie (náhradní nikotinová terapie, bupropion, vareniklin) a psychobehaviorální intervence (Králíková, 2013).

Velmi účinnou se v práci s klienty snažícími se odvyknout od závislosti na tabáku ukazuje metoda motivačních rozhovorů. Vychází z modelu procesu změny Prochasky a Norcrosse, který umožňuje porozumět tomu, proč obvykle kuřák potřebuje k úspěšnému zanechání kouření asi 4 pokusy (Soukup, 2014).

### **2. 2. 1. 2. Pasivní kouření a jeho rizika**

Synonymem pasivního kouření je také nedobrovolné kouření, tabákový kouř v prostředí (ETC – Environmental Tobacco Smoke) a kouř z druhé ruky. To vše znamená vdechování tabákového kouře v důsledku pobytu v zakouřeném prostředí. Tabákový kouř v místnosti je tvořen jednak hlavním proudem kouře (kuřák vdechne a vydechne, při potažení z cigarety je teplota hoření asi 900° C), jednak vedlejším proudem kouře (od volně hořící

cigarety, která hoří asi při teplotě 600° C). Při nižší teplotě hoření dochází k méně dokonalému spalování, čímž je kouř o něco toxičtější. Z tohoto faktu snad mohl vzniknout mýtus o tom, že pasivní kouření je nebezpečnější než aktivní kouření. Dávka kouře je ovšem pro aktivního kuřáka vždy větší (Králíková, 2013).

Mezi okamžité účinky pasivního kouření patří podráždění očí, nosu, hrdla a plic. Pasivní kouření také způsobuje nádorová, respirační a zejména kardiovaskulární onemocnění (Šídová, 2015). Lze shrnout, že pasivní kouření je spojeno se stejnými onemocněními jako aktivní kouření, ale v menší míře. „*Metaanalýza studií ukázala, že po zavedení nekuřáckých uzavřených veřejných prostor včetně restaurací došlo k průměrnému poklesu akutního infarktu myokardu o 17%*“ (Králíková, 2013, str. 143).

Podle dostupných statistik bylo v České republice v roce 2013 vystaveno téměř 13% nekuřáků tabákovému kouři ve svých domovech, z toho nejvíce věková kategorie 15-24 let. Ukázala se přitom souvislost se vzděláním – čím vyšší má jedinec vzdělání, tím méně často je vystaven tabákovému kouři. Na pracovišti je vystavena tabákovému kouři více než jedna pětina nekuřáků. „*V porovnání s předcházejícími roky stále přetrvává vysoký podíl nekuřáků vystavených tabákovému kouři na pracovišti, i když je to v rozporu s platnou legislativou*“ (Sovinová, 2014, str. 18).

Nově se ještě rozeznává tzv. kouř z třetí ruky<sup>25</sup>, čímž se rozumí látky, které zůstávají na povrchu v místnostech, na oděvu, ve vlasech či pokožce, a to i po vyvětrání tabákového kouře či poté, co vyjdeme ze zakouřené místnosti. S postupem času se jejich nebezpečnost dokonce zvyšuje, neboť zde probíhají další chemické reakce (Dvořáková, 2015).

### **2. 2. 1. 3. Kardiovaskulární onemocnění a užívání tabáku**

Podkladem kardiovaskulárních onemocnění je ateroskleróza (kornatění cév) a je nejčastější příčinou nemoci v rozvinutých zemích. Kouření cigaret – aktivní i pasivní – se významným způsobem podílí na iniciaci a progresi různých forem aterosklerózy řadou mechanismů (strukturálně poškozuje endotel a narušuje jeho funkce, snižuje poddajnost cévních stěn, narušuje funkci krevních destiček, zvyšuje hodnotu cholesterolu, negativně ovlivňuje množství i složení krevních lipoproteinů, zvyšuje krevní tlak apod.). čímž zvyšuje dvojnásobně-sedminásobně riziko kardiovaskulárních onemocnění (akutní infarkt myokardu, náhlá srdeční smrt, mozková mrtvice, onemocnění periferních tepen) u kuřáků oproti nekuřákům. Kromě komplexního vlivu na rozvoj aterosklerózy má kouření také

---

25 Pasivní kouření je v angličtině „second-hand smoking“, tedy kouř z druhé ruky, z toho vznikl pojem „third-hand smoking“, tedy kouř z třetí ruky, pozn. aut.

zásadní vliv na vznik akutní trombózy (Aschermann In Králíková, 2013).

#### **2. 2. 1. 4. Nádorová onemocnění a užívání tabáku**

Vlivem změny kuřáckých návyků a složením cigaret (dnes je v cigaretách více nitrosaminů, které zvyšují a zrychlují vstřebávání nikotinu) se mění také typy rakovin a jejich lokalizace. Rakovina plic je tak stále nejčastějším typem karcinomu v souvislosti s kouřením cigaret, není však jediná. Přibývá periferních karcinomů, například nádory hlavy, krku či jazyka (Králíková, 2013). V souvislosti s kouřením dále hrozí rakovina jícnu, žaludku, slinivky břišní, ledvin, močového měchýře, konečníku a hrdla děložního. U osob dlouhodobě užívající tabák je také o 30-50% vyšší riziko vzniku leukémie. Je důležité si uvědomit, že vznik maligního nádoru je multifaktoriální a víceetapový, přičemž první fáze vzniku onemocnění nemusí být řadu let doprovázena negativními funkčními důsledky (často proto zůstane nepovšimnuta). Nedá se tedy říci, že by kouření byla jedinou příčinou nádorů (rakovinou plic mohou onemocnět i nekuřáci), nicméně je její podstatnou příčinou (až 90% rakoviny plic je způsobeno kouřením). „*Navíc je to jeden z mála rizikových faktorů, kterým je možné se vyhnout*“ (Prausová In Králíková, 2013, str. 263). Kouření na druhé straně mírně snižuje riziko karcinomu štítné žlázy, pro což jsou nejasné důvody (Stárka In Králíková, 2015).

#### **2. 2. 1. 5. Respirační onemocnění a užívání tabáku**

Kromě rakoviny plic způsobuje kouření cigaret další respirační nemoci, které však nejsou vždy smrtelné. Jednou z nejrozšířenějších plicních chorob mezi kuřáky je chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), jehož patologickou podstatou je chronický neinfekční zánět lokalizovaný v oblasti dýchacích cest a jehož projevy zahrnují dušnost, produktivní či suchý kašel, nespecifickou bolest v oblasti hrudníku a v souvislosti s tím celkově zhoršená kvalita života. CHOPN je možné léčit, ale zatím není možné ji zcela vyléčit. Aktivní kouření cigaret zodpovídá za 70-80% tohoto onemocnění, rizikové je také pasivní kouření a kouření jiných druhů tabákových i jiných výrobků či vdechování zplodin z dopravy (Koblížek In Králíková, 2013).

Co se týče alergie, kouření není jeho příčinou, ale výrazně narušuje její průběh (Špičák In Králíková, 2013). Kouření dále negativně ovlivňuje osídlení ústní dutiny i nosohltanu, což je sekundární příčinou bakteriální infekce horních i dolních dýchacích cest (Jedličková In Králíková, 2013).

### **2. 2. 1. 6. Vliv užívání tabáku na reprodukční funkce**

Mužská plodnost, spermiogeneze a sekrece testosteronu je poměrně rezistentní na škodlivý vliv kouření. Přesto se ukázalo, že počet spermií a jejich motilita je u nekuřáků snížena o 13-17% (Stárka In Králíková, 2013). Kouření však výrazně zvyšuje pravděpodobnost vzniku impotence (1,5-2krát vyšší riziko oproti nekuřákům) a posouvá první příznaky do nižších věkových kategorií (Michalcová In Králíková, 2013).

Kouření má u žen antiestrogenní efekt a je porušena i sekrece progesteronu. Tím jsou narušeny hormonální podmínky důležité pro pravidelný ovariální cyklus, přičemž tyto nepravidelnosti mohou vést k anovulaci, snížené plodnosti a nižšímu věku, ve kterém dojde k menopauze. Ženy, které kouří více než 10 cigaret denně, mají 2krát častěji bolestivou menstruaci oproti nekuřáčkám. Kouření také vede ke snížení účinku hormonální antikoncepce a 2krát vyššímu riziku nechtěného těhotenství (Stárka In Králíková, 2013).

Velkým problémem je současné užívání tabáku a hormonální antikoncepce. Princip harm reduction v primární prevenci by se u kouření mohl uplatnit právě v této oblasti. Vzájemný účinek kouření a hormonální antikoncepce na organismus je synergický, což znamená, že negativní vlivy se nikoliv sčítají, ale násobí. Kuřačka užívající hormonální antikoncepci má 20krát (!) vyšší riziko infarktu myokardu v mladém věku a 7,2krát vyšší riziko vzniku cévní mozkové příhody než nekuřačka užívající hormonální antikoncepci. V důsledku vyšší srážlivosti krve se dále zvyšuje riziko žilní trombózy a plicní embolie (Michalcová In Králíková, 2013).

### **2. 2. 1. 7. Rizikové užívání tabáku v těhotenství**

V České republice se prevalence kouření v těhotenství pohybuje mezi 6-24% a předpokládá se, že tato data jsou spíše podhodnocená. Na druhé straně je těhotenství životním obdobím ženy, ve kterém kuřačka přestane nejčastěji kouřit (až 39% kuřáček). Nicméně 70% z nich se ke kouření vrátí do jednoho roku po porodu (Michalcová In Králíková, 2015).

U těhotných kouřících žen je udáván vyšší výskyt mimoděložních těhotenství, spontánních potratů, abrupce placenty, předčasných porodů a předčasného protržení plodových blan. Naopak je udáván nižší výskyt preeklampsie, což je způsobeno pravděpodobně tím, že kouření může antagonicky ovlivňovat různé mechanismy vzniku preeklampsie (např. nízká srážlivost krve). Nicméně pokud se preeklampsie vyskytne u kuřáček, je u nich mnohem vyšší riziko perinatálního úmrtí novorozence a omezení růstu plodu než u těhotných žen s preeklampií, které nekouří. Kouření matky má dále podstatné

negativní následky na další vývoj dítěte. Dítěti potom hrozí fetální tabákový syndrom, syndrom náhlého úmrtí, vrozené vývojové vady (malformace končetin, rozštěpy patra, srdeční vady), nemoci dýchacího ústrojí, zvýšené riziko zhoubných nádorů v dětství, kardiovaskulární rizika a behaviorální poruchy. Negativní vliv má také pasivní kouření matky (Šídová, 2015).

Přesto se stává, že někteří gynekologové nedoporučí budoucí matce přestat s kouřením. Podle Hrubé (2011) je však takový postoj hrubě neodborný a neetický.

#### **2. 2. 1. 8. Souvislosti užívání tabáku a duševních onemocnění**

I přes počáteční pozitivní krátkodobý efekt nikotinu na aktivaci centrálního nervového systému se z dlouhodobého hlediska ukazuje převážně negativní vliv kouření tabáku na psychiku člověka. Dlouhodobé kouření může sekundárně zvyšovat hladinu stresových hormonů v krvi, absence od nikotinu navíc vede ke zvýšené produkci kortizolu. Na druhé straně ovšem kouření snižuje reakci nadledvin na stresové podněty (Stárka In Králíková, 2013).

Relativní riziko sebevraždy je asi 3x vyšší u kuřáků než u nekuřáků (Dvořáková, 2015). To však může souviset s tím, že prevalence kouření mezi pacienty, kteří trpí nějakou duševní poruchou, je 2-3krát vyšší než v běžné populaci. Tím dochází k tomu, že nejčastější příčinou smrti psychicky nemocných je kouření, které navíc svým metabolickým působením snižuje účinek mnoha psychofarmak. Naopak depresivní pacienti, kteří dokážou odvyknout, mají větší šanci na dlouhodobé zlepšení prognózy. Názor, že kouření může mít vlastnosti sebeléčby depresivních pacientů, se tedy nepotvrzuje (Štěpánková In Králíková, 2013).

#### **2. 2. 1. 9. Užívání tabáku a hmotnost**

Jedním z důvodů, proč někteří lidé začnou kouřit, je snaha o získání nižší hmotnosti. Cigarety bývají zejména u žen užívány jako prostředek k zahnání hladu, snížení chuti k jídlu nebo jako substitute jídla (Krch In Králíková, 2013). Kouření totiž zpomaluje vyprazdňování žaludku (Stárka In Králíková, 2013) a vlivem metabolického vlivu nikotinu mají kuřáci v průměru o 3-4 kg nižší hmotnost než nekuřáci (mají ale větší obvod pasu).

Na druhé straně, pokud chtějí kuřáci odvyknout, lze očekávat váhový přírůstek po roce nekouření 4-5 kg, u 13% pacientů je běžný přírůstek hmotnosti větší než 11 kg. Zvyšování tělesné hmotnosti je nejrychlejší během prvních 6 měsíců abstinence. Na váhovém přírůstku se podílí celá řada mechanismů. Kromě tendence k nahrazování cigaret jídlem

byla popsána i nižší fyzická aktivita.

Většina prací se shoduje v tom, že ženské pohlaví je z hlediska váhového přírůstku více rizikové, což se připisuje působení estrogenu a větším tlakem ze sociálního okolí, což zvyšuje stres a abstinenční příznaky. Některé studie ovšem vidí souvislost vyššího váhového přírůstku s vyšší závislostí na nikotinu, a tedy s horším průběhem syndromu odnětí (Kmet'ová In Králíková, 2013).

Až 80% kuřáček tak odmítá přestat s kouřením proto, že mají strach ze vzrůstu tělesné hmotnosti. S kouřením je také zejména u dospívajících dívek spojené vyšší riziko rozvoje poruch příjmu potravy, zejména mentální bulimie (Krch In Králíková, 2013).

#### **2. 2. 1. 10. Souvislost užívání tabáku se vzhledem**

Kouření má výrazný vliv na vzhled, zejména skrze urychlení degenerace kolagenních a elastických vláken v kůži a působení toxických látek, což vede k předčasnému stárnutí kůže, vzniku vrásek a stárnutí obličeje, žluté zbarvení nehtů, prstů a zubů. Užíváním tabáku se dále zvyšuje riziko kožních nemocí – například lupénky, akné či nádorů kůže. Kouření dále urychluje proces šedivění a vypadávání vlasů, zejména u mužů. Kromě žloutnutí zubů jsou kuřáci také vystaveni vyšším riziku paradentózy a větší tvorbě plaku a zubních kazů. *„Lidé paradoxně více slyší na rizika postihující jejich vzhled než na hrozbu vzniku kardiovaskulárního onemocnění či rakoviny. Tyto argumenty se proto nabízí jako vhodné pro prevenci kouření“* (Kružicová In Králíková, 2013, str. 315).

#### **2. 2. 1. 11. Další zdravotní rizika související s užíváním tabáku**

Aktivní i pasivní kouření výrazně negativně ovlivňuje funkce imunitního systému (zvyšuje sice počet lymfocytů, ale snižuje jejich aktivitu a funkčnost a dále snižuje produkci a syntézu některých autoprotilátek), čímž zhoršuje průběh různých onemocnění a celkovou odolnost, zpomaluje hojení ran, kostí a infekcí (Petanová In Králíková, 2013).

Kouření dále zdvojnásobuje riziko vzniku onemocnění diabetes mellitus (Rosolová In Králíková, 2013), ztrojnásobuje riziko infekce tuberkulózou a až 6x zhoršuje rozvoj onemocnění po infekci (Marel In Králíková, 2013), zvyšuje riziko vzniku různých onemocnění trávicího traktu - žlučové kameny, chronická pankreatitida, Crohnova nemoc (Lukáš In Králíková, 2013), negativně ovlivňuje oční sliznici – zvyšuje riziko katarakty, glaukomu či makulární degeneraci (Lešťák In Králíková, 2013), způsobuje poruchy spánku (je méně osvěžující, neboť kuřáci mají méně hlubokého spánku) a podílí se na vzniku obstrukční spánkové apnoe (Horvat In Králíková, 2013), významně snižuje kostní hmotu



(zejména v době do 25 let), zvyšuje riziko zlomenin (Broulík In Králíková, 2013) a negativně ovlivňuje hladinu antioxidačních vitaminů (Palička In Králíková, 2013).

### **2. 2. 2. Specifická zdravotní rizika užívání tabáku u dětí a adolescentů**

U kuřáků, kteří začínají kouřit již v dětském věku, je udáván zvýšený výskyt chorob dýchacího systému a výrazné zvýšení rizika výskytu rakoviny a zejména počátečních forem aterosklerózy, což v budoucnu vede k časnější manifestaci kardiovaskulárních onemocnění (Aschermann In Králíková, 2013). U dívek vede počátek kouření v adolescentním věku ke zvýšenému riziku rakoviny prsu v dospělosti. Mladí kuřáci jsou také více náchylní na různé DNA mutace (Greplová, 2013).

Dále je u mladých kuřáků problematičtější budoucí léčba závislosti, vzhledem k tomu, že většinou začínají kouřit v době, kdy ještě nemají plně dovyvinutý mozek. Ukazuje se, že frekvence a doba kouření u nezletilých má vliv na výslednou sílu závislosti na tabáku a že kuřáci, kteří začali kouřit v dřívějším věku, mají menší pravděpodobnost, že odvyknou. Znamky fyzické závislosti se projevují u třetiny adolescentů, kteří vykouřili 3-4 cigarety u 95% těch, kteří vykouřili 100 a více cigaret. Kouření dvou cigaret týdně ve 12 letech zvyšuje pravděpodobnost stát se dospělým silným kuřákem 174x oproti těm, kdo v tomto věku nekouří (Králíková, 2015). V průzkumu GYTS 2011 necelá polovina současných kuřáků ve věku 13-15 let uvedla, že chtějí přestat kouřit, přičemž sedm kuřáků z deseti se o to pokusilo během uplynulého roku (Sovinová, 2014).

Významná je také větší zranitelnost dětí vůči pasivnímu kouření, než je tomu u dospělých. Přitom podle šetření SZÚ z roku 2012 je přes 40% dětí ve věku 13-15 let vystaveno pasivnímu kouření v domácnosti (Greplová, 2013). Děti z rodin, kde rodiče kouří, jsou ohroženy zvýšeným rizikem recidivujícího kašle, hvízdavé obstrukce dýchacích cest a vznikem astmatu (Špičák In Králíková, 2013).

### **2. 2. 3. Formy užívání tabáku**

Tabák je nejčastěji užíván ve formě klasických cigaret (což je také nejlépe prozkoumáno), existují však i další způsoby užívání tabáku. V následujících podkapitolách proto stručně proberu specifika různých forem užívání tabáku.

#### **2. 2. 3. 1. Cigareta**

Moderní cigarety byla poprvé představeny v roce 1914. Od té doby se dále vyvíjely - byly přidány filtry, různá aditiva a vznikly nové druhy cigaret – mentolové, slim, light

cigarety atd. Ukázalo se však, že ani filtr ani jiné druhy cigaret prakticky nesnižují negativní dopady kouření. V zásadě jde o reklamní trik, který falešně vzbuzuje pocit menší škodlivosti (Králíková, 2013).

Aditiva jsou přidávána například pro to, aby byl rychleji vstřebáván nikotin, aby byla zvýrazněna chuť či potlačen zápach. Jedním ze zdravotně nezávadných aditiv používajícím se pro stimulaci chuťových receptorů je močovina. Iracionálně založený odpor k tomuto fakt se nicméně někdy využívá v prevenci.

Je možné shrnout, že vzhledem k tomu, že škodlivé látky se uvolňují skrze proces hoření, nejsou mezi různými druhy cigaret výrazné rozdíly (Králíková, 2013).

#### **2. 2. 3. 2. Vodní dýmka**

Vodní dýmka (též narghile, argileh, goza, hookah, shisha) v principu znamená, že kouř probublá vodou, a tak se ochlazuje. Většina látek však v kouři zůstává, naopak kvůli ochlazení kouře dojde k tomu, že kuřák může vdechnout kouř snáze a hlouběji. Ve výsledku je kouření vodní dýmky ze zdravotního hlediska rizikovější než kouření cigaret. Přitom jsou však právě její rizika podceňována a kouření vodní dýmky je spojeno s celou řadou mýtů (kouří se pára, voda filtruje škodlivé látky...). Co se týče množství dehtu a oxidu uhelnatého, odpovídá jedna seance vodní dýmky desítkám až stovkám cigaret. Dalším rizikem je přenášení infekcí při sdílení náústku (Králíková, 2015).

Vodní dýmka je druhým nejpoužívanějším tabákovým výrobkem, a to především u mladé generace (Sovinová, 2014).

#### **2. 2. 3. 3. Doutníky, dýmky**

Také zdravotní riziko doutníků či dýmek je obecně podceňované, v porovnání s cigaretami se ale téměř neliší. Někdy se používá příměr, že kouřit cigarety je jako skočit z dvacátého patra a kouřit doutníky či dýmky je jako skočit z devatenáctého patra. Vzhledem k zásaditějšímu pH kouře se nikotin vstřebává již v bukalní sliznici, není tedy třeba potahovat kouř až do plic. Vzhledem k tomuto faktu také dochází k pomalejšímu vstřebávání nikotinu, čímž se vysvětluje o něco nižší návykovost v porovnání s klasickými cigaretami (Králíková, 2013).

#### **2. 2. 3. 4. Bezdýmý tabák**

Může být buď žvýkací nebo porcovaný (tzv. snus – tabáková drť v papírovém pytlíku podobném čajovému). Jeho užívání znamená nepochybně menší riziko než kouření, není

však neškodný. Také obsahuje kancerogenní a další toxické látky, ztrojnásobuje riziko rakoviny pankreatu. Užívání bezdýmého tabáku je poměrně kontroverzním tématem. Například snus je rozšířený zejména ve Švédsku, čemuž se také přičítá zdejší nízká prevalence kuřáctví a nízká mortalita v důsledku kouření tabáku. Navíc může fungovat jako méně rizikové řešení užívání tabáku v rámci přístupu harm reduction. Na druhé straně je zde stále riziko vzniku závislosti na nikotinu, což může u nekuřáků zvyšovat chuť vyzkoušet další tabákové výrobky (Králíková, 2015).

#### **2. 2. 3. 5. Elektronické cigarety**

Nejedná se ve své podstatě o tabákový výrobek, ale o systém, který zahřívá tekutinu s nikotinem (výtažek z tabáku tedy nehoří). Výpary, které se inhalují, mohou, ale také nemusí obsahovat nikotin. E-cigarety jsou novým výrobkem, což znamená, že doposud není dostatek studií, které by důkladně prozkoumaly její klinické souvislosti, i když jich prudce přibývá. Diskutabilní je například jejich vliv na odvykání kouření. Je pravdou, že se v zásadě může jednat o jednu z forem náhradní nikotinové terapie, na druhou stranu může nekontrolované kouření elektronické cigarety vést k dalšímu rozvoji závislosti kvůli snazšímu vstřebávání nikotinu (Králíková, 2015).

Jako klady elektronické cigarety se uvádí především to, že zde nedochází ke spalování, takže neobsahuje toxické látky běžné v cigaretách (dehet, oxid uhelnatý...) a dále téměř eliminuje rizika pasivního kouření. Jako hlavní zápory se uvádí to, že užívání e-cigaret se obtížně reguluje (kuřáci ji mohou mít prakticky celý den v ústech) a že dále zvyšuje riziko kouření u dětí tím, že normalizuje kouření a vyvolává iluzi bezpečnosti (Králíková, 2015).

#### **2. 2. 4. Prevalence kouření v České republice**

Státní zdravotní ústav (SZÚ) sleduje užívání tabáku v české populaci ve věku 15 let a výše od roku 1997. Pro monitorování užívání tabákových výrobků byl od roku 2012 zvolen soubor klíčových otázek pro tabák WHO/CDC Tobacco Questions for Surveys (TQS), což zajišťuje mezinárodně porovnatelná data (Sovinová, 2014).

Prevalence kuřáctví (denního a příležitostného) mezi dospělými občany se v posledních letech pohybuje mezi 28-31% s tím, že v oblasti denních kuřáků má od roku 2009 mírně klesající tendenci, ve skupině příležitostných kuřáků je tomu naopak. Z neznámých důvodů byla v roce 2008 oproti předchozím rokům zjištěna relativně nižší prevalence kuřáctví, viz následující tabulka 2. 4.

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Denní kuřáci (v %)	26,6%	24,0%	26,3%	25%	24,2%	23,1%	22,2%
Příležitostní kuřáci (v %)	3,4%	4,2%	2,9%	4,1%	4,9%	8,2%	7,7%
Kuřáci celkem (v %)	30,0%	28,2%	29,2%	29,1%	29,1%	31,3%	29,9%

**Tab. 2. 4. Prevalence kouření v České republice v letech 2007-2013**  
(dle Sovinová, 2014)

Ze 70,1% současných nekuřáků v roce 2013 bylo 12,6% bývalých kuřáků a 57,5% celoživotních nekuřáků. Statisticky významný rozdíl je pozorován mezi vykázanými počty kouřících mužů a žen, kdy významně více kouří muži než ženy. V roce 2013 kouřilo 17,4% žen a 27,5% mužů. U žen se počet vykouřených cigaret za den nejčastěji pohybuje v rozmezí 10-14, u mužů 15-20 cigaret za den (Sovinová, 2014).

U kuřáků v roce 2013 naprosto převažovalo kouření cigaret, kouření jiných tabákových výrobků bylo minimální. Porovnání užívání různých tabákových výrobků v různých věkových skupinách a podle vzdělání ukazuje tabulka 2. 5. a 2. 6.

	Jakýkoli tabákový výrobek	Cigarety	Dýmky	Doutníky	Vodní dýmky
Celkem	29,9%	28,9%	0,6%	2,1%	2,5%
15-24 let	39,2%	38,0%	0%	3,3%	6,1%
25-44 let	32,5%	31,2%	0,6%	2,7%	3,3%
45-64 let	28,3%	27,5%	0,5%	0,9%	1,2%
65 a více let	21,1%	20,2%	0,9%	2,4%	0,3%

**Tab. 2. 5. Kouření tabákových výrobků v České republice v roce 2013**  
**v různých věkových skupinách** (dle Sovinová, 2014)

Vidíme, že největší podíl kuřáků je ve věkové skupině „mladých dospělých“ (15-24 let). Se vzrůstajícím typem vzdělávání podle očekávání klesá prevalence kouření cigaret, nicméně kouření doutníků a především vodních dýmek má opačnou tendenci (Sovinová, 2014).

	Jakýkoli tabákový výrobek	Cigarety	Dýmky	Doutníky	Vodní dýmky
ZŠ a SOU	31,8%	31,0%	1,0%	1,9%	0,8%
SŠ s maturitou	26,8%	25,8%	0%	1,5%	2,1%
VŠ	25,1%	23,8%	1,2%	2,8%	3,4%

**Tab. 2. 6. Kouření tabákových výrobků v České republice v roce 2013  
podle dosaženého vzdělání (dle Sovinová, 2014)**

Dotazník z roku 2013 poprvé obsahoval otázku na mentolové cigarety. Ukázalo se, že mentolové cigarety kouří téměř čtyři současní kuřáci z deseti, přičemž ve věkové kategorii 15-24 let to byla více než polovina kuřáků (54,1%). Od roku 2010 se také monitoruje užívání elektronických cigaret, které je zatím na nízké úrovni, ale postupně jejich použití narůstá - od 1% do asi 3% dospělé populace. Předpokládá se však, že trend užívání elektronických cigaret bude s postupem času sílit (Sovinová, 2014).

Sleduje se také prevalence kouření v určitých subpopulacích, zejména u pedagogů a zdravotníků. V porovnání s obecnou populací je kuřáctví pedagogických pracovníků výrazně nižší (v roce 2011 o 11,7%). U interpretace výsledků je však potřebné přihlédnout k tomu, že v profesi pedagogických pracovníků převažují ženy (Sovinová, 2014).

Ve skupině lékařů bylo v roce 2010 zastoupení kuřáků 15,6%, přičemž jejich počet od roku 2003 jednoznačně klesá, u studentů medicíny v roce 2011 byla prevalence kuřáctví 19,7%, ve skupině studentů oboru ošetrovatelství ale 32,2% (Sovinová, 2014). I když je prevalence kuřáctví ve skupině lékařů nižší než je průměr u obyvatel v České republice, proti jiným zemím je stále vysoká. Například v subpopulaci britských lékařů činí prevalence kouření cigaret pouhých 3% (Králíková, 2015).

Užívání tabáku mezi dětmi a dospívajícími ve věku 13-15 let pravidelně mapuje průzkum GYTS<sup>26</sup> a mezinárodní projekt WHO HBSC<sup>27</sup>; u adolescentů ve věku 16 let pak mezinárodní studie ESPAD<sup>28</sup>.

Studie GYTS byly v ČR provedeny v letech 2002, 2007 a 2011 mezi žáky 7. - 9. třídy a mezi studenty odpovídajících ročníků gymnázií. Během posledních deseti let se prevalence kouření cigaret celkově mírně snižovala, přičemž tento trend byl patrný především u

26 Global Youth Tobacco Survey - Celosvětový průzkum užívání tabáku mezi mládeží

27 The Health Behaviour in School-aged Children

28 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs -Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

chlapců. Na druhou stranu se postupně zvyšovalo užívání jiných tabákových výrobků, což je spojováno s rostoucí popularitou vodních dýmek. Dívky více kouří klasické cigarety, naproti tomu chlapci častěji kouří jiné tabákové výrobky. Prevalenci kuřáctví žáků v posledních 30 dnech ukazuje tabulka 2. 7.

	2002: cigarety	2007: cigarety	2011: cigarety	2007: jiné tabákové výrobky	2007: jiné tabákové výrobky	2011: jiné tabákové výrobky
Celkem	34,6%	31,1%	30,6%	8,5%	14,5%	17,3%
Chlapci	34,0%	29,8%	28,0%	11,6%	17,2%	19,8%
Dívky	35,1%	32,7%	33,1%	5,5%	11,2%	14,9%

**Tab. 2. 7. Porovnání prevalence kuřáctví aspoň jedné cigarety či jiného tabákového výrobku v posledních 30 dnech u žáků 7. - 9. tříd ZŠ v letech 2002-2011**  
(dle Sovinová, 2014)

Celkem 69,8% žáků uvedlo, že někdy kouřili cigarety, z toho 36,5% za posledních 30 dnů. Alarmující je, že 27,2% nekuřáků připustili, že možná začnou kouřit v příštím roce (Sovinová, 2014).

První experimenty s kouřením ovšem můžou spadat do časnějšího věku, než ve kterých je tato proměnná obvykle sledována. Více než 20% dětí už má nějakou kuřáckou zkušenost ve věku 11 let, v této skupině převažují chlapci (Greplová, 2013).

Průzkum WHO HBSC zjišťoval podíl pravidelných kuřáků ve věku 13 a 15 let v letech 2002, 2006 a 2010, viz tabulka 2. 8.

	2002: 13 let	2006: 13 let	2010: 13 let	2002: 15 let	2006: 15 let	2010: 15 let
Celkem	11,1%	8,4%	9,7%	21,6%	16,3%	17,9%
Chlapci	13,8%	7,8%	8,9%	20,2%	14,5%	15,8%
Dívky	8,6%	8,8%	10,3%	22,9%	18,1%	19,8%

**Tab. 2. 8. Prevalence pravidelných kuřáků ve věku 13 let (kouří aspoň 1x týdně) a 15 let (kouří aspoň 1x denně) v letech 2002 – 2010** (dle Sovinová, 2014)

Průměrná spotřeba cigaret byla u žáků ve věku 13 let 16 cigaret za týden (tedy asi 2

cigarety za den), u žáků ve věku 15 let činila 34 cigaret za týden (tedy asi 5 cigaret za den).

Podle mezinárodní studie ESPAD provedené v roce 2011 uvádělo denní užívání tabákových výrobků 25% šestnáctiletých respondentů (27% chlapců, 24% dívek), z toho bylo 8% silných kuřáků (tzn. kouří více než 10 cigaret denně). Alespoň jednou v životě kouřilo 75% šestnáctiletých, kouření v posledních třiceti dnech uvedlo 42% studentů. Ve všech těchto číslech jsou adolescenti v České republice nad evropským průměrem (Chromynová, 2014).

Na základě dotazníku ESPAD vytvořili Skopal a Dolejš (2014) zkrácený dotazník, který použili ve svém výzkum o vlivu osobnostních rysů na výskyt rizikového chování v 8. a 9. třídách (13-16 let). Zkušenost s tabákovými výrobky udávalo více než 62% respondentů, přičemž mezi 8. a 9. ročníkem lze vysledovat zhruba desetiprocentní nárůst. 28% dívek uvedlo, že za život vykouřilo 10 a více cigaret, zatímco z chlapců uvedlo tuto skutečnost 23%. Naopak v rámci pravidelného kouření (5 a více cigaret denně) jsou častějšími uživateli chlapci než dívky. Autoři studie uvádějí jako překvapivé zjištění, že *„kouření tabákových výrobků je více rozšířeno u dívek, avšak množství vykouřených cigaret u chlapců je vyšší než u dívek“* (Skopal, 2014, str. 62). Stejně tak studie GYTS z roku 2011 uvádí, že prevalence kouření ve věku 13-15 let je vyšší u dívek (33,1%) než u chlapců (28%), i když nejde o statisticky významný rozdíl. Nicméně podíl dívek nekuřáček připouštějících, že začnou kouřit během příštího roku (32%) značně převyšuje 22% podíl chlapců. Podle studie WHO-HBSC z roku 2010 kouří ve věku 15 let častěji dívky než chlapci (22% chlapců ku 27% dívek). Chlapci ale měli vyšší průměrnou týdenní spotřebu cigaret (Sovinová, 2014).

Tento rozdíl může být dle mého názoru vysvětlen vývojovým hlediskem. Akcelerace růstu se u dívek objevuje v průměru o jeden až dva roky dříve než u chlapců, u dívek se také dříve objevují sekundární pohlavní znaky (Langmeier, 2006). Na druhé straně je známé, že problémy se závislostí na návykových látkách mají častěji muži než ženy (Hort, 2008). Předčasná vyspělost je také rizikovým faktorem v iniciaci kouření cigaret (Buckhart, 2009). Když si dáme tyto souvislosti dohromady, je logické, že více zkušeností mají ve věku 13-15 let dívky, protože dříve dospívají, ale přesto pravidelně a ve větším množství kouří spíše chlapci, stejně jako je tomu později u mužů v dospělé populaci.

V souvislosti s kouřením dětí a adolescentů je nutné zdůraznit, že *„naprostá většina kuřáků (asi 90%) začíná kouřit během dospívání. Po 24. roce se už pro kouření rozhodne málokdo, asi 5% kuřáků“* (Králíková, 2015, str. 39).

V souvislosti s prevalencí kouření je také vhodné reflektovat rozdíly užívání tabáku u

majoritní populace a u etnických menšin. Nejpočetnější minoritou v České republice je Romská minorita. Kajanová a Hajduchová (2014) provedly přehledovou studii shrnující poznatky o užívání návykových látek v romských komunitách z výzkumů z let 2000-2012. Jistým omezením, je to, že většina výzkumů byla provedena v segregovaných komunitách a v sociálně slabých oblastech. Ukázalo se, že mezi Romy je několikanásobně vyšší počet každodenních kuřáků než mezi majoritní populací (39-61%). Průměrně kouří krabičku denně, začínají kolem 14 let. Nejvýraznějším rozdílem oproti běžné populaci je v tom, že první cigaretu Romové většinou dostanou od rodinných příslušníků, zatímco v majoritní populaci je první cigareta nejčastěji nabízena vrstevníky (Kajanová, 2014). Z uvedeného vyplývá předpoklad, že školské prevence užívání tabáku může být u romské populace méně úspěšná vzhledem k tomu, že jsou spíše zaměřené na sociální působení mezi vrstevníky než na působení v rodině.

#### **2. 2. 5. Společenský kontext užívání tabáku**

Kouření cigaret je celospolečensky poměrně ožehavým tématem, zvláště v českém kontextu. Dopady kouření lze zkoumat jednak ze zdravotního hlediska (viz výše), ale také z hlediska společenského (jak je kouření cigaret vnímáno médii, odbornou a neodbornou veřejností) nebo z hlediska ekonomického či etického.

Téma, kolem kterého se točí hlavní společenská diskuze, je to, zda a nakolik je vhodné, aby stát zasahoval do oblasti kouření. Argumenty pro nízkou regulaci státu se opírají o právo člověka na svobodnou volbu, podporu volného trhu, ochranu majitelů restaurací a ekonomickou výhodnost pro státní rozpočet. Argumenty pro vysokou regulaci státu se opírají o ochranu zdraví, o stanoviska WHO, o výzkumy a zkušenosti z jiných států (USA, Austrálie), které potvrzují, že regulace pozitivně přispívá ke snížení prevalence kuřáků.

Diskutabilní se jeví argumenty pro ekonomickou výhodnost, je totiž velmi komplikované spočítat, nakolik se kouření státu skutečně vyplatí, výsledky různých výzkumů jsou rozporuplné a většinou se liší podle toho, kdo je jejich zadavatelem.<sup>29</sup>

Zábranský (2007) například provedl kalkulaci společenských nákladů užívání tabáku, alkoholu a nelegálních drog. Započítával jak přímé (náklady na přímou léčbu přiřaditelného onemocnění či na oblast prosazování práva), tak nepřímé náklady (spojené s morbiditou, mortalitou či pracovní neschopností). Společenské náklady užívání tabáku byly vyšší než náklady způsobené užíváním alkoholu a nelegálních drog dohromady a byly ze 71,8 % tvořeny nepřímými náklady, z nichž 94,6 % představovaly náklady spojené s

---

29 <http://finmag.penize.cz/ekonomika/266860-jak-stat-nevydelava-na-koureni> [cit. 2016-04-30]



předčasnými úmrtími v důsledku onemocnění způsobených kouřením tabáku. V oblasti přímých nákladů pak dominovaly náklady na léčbu tabákem způsobených onemocnění. Celkově společenské náklady užívání tabáku za rok 2007 představovaly 33,1 miliard Kč<sup>30</sup>. Autor výzkumu si je však vědom omezení podobných studií, neboť je těžké spočítat přesné náklady, většinou jsou totiž získány odhadem, a to zejména u nepřímých nákladů. Autor dále upozorňuje na samotnou problematičnost diskuze o pozitivním ekonomickém dopadu kuřáctví. „I v ČR jsme byli svědky zneužití nerecenzovaných „studií,“ poukazujících na „pozitivní dopady kuřáctví na státní rozpočet“ a zdůrazňující vysoké daňové příjmy z tabáku, a omezení výdajů na důchodové připojištění bez ztráty produktivity „díky“ předčasným úmrtím kuřáků. To je nicméně zcela chybný přístup, omezující se pouze na krátkodobé dopady (v horizontu pouhého jednoho roku) a jen na malý segment společenských nákladů – tedy na státní příjmy a výdaje. Studie společenských nákladů svou adherencí k mezinárodním směrnicím WHO vyjadřují hodnotu lidského života v pozdním produktivním a postproduktivním věku jako hodnotu společenského kapitálu a právě taková perspektiva je jediná přijatelná z pohledu veřejného zdraví a z etického pohledu obecně uznávaného v našem civilizačním prostředí“ (Zábranský, 2007, str. 74).

V tomto kontextu je ožehavým tématem také lobby tabákového průmyslu, o kterém se předpokládá, že může do značné míry zkreslovat různé informační kampaně a postoje zákonodárců či veřejnosti. „Zdrojem tabákové epidemie je tabákový průmysl a bez jeho odstranění nemůže být zastavena“ (Králíková, 2013, str. 151).

Ztotožňuji se s uvedeným názorem Zábranského, na druhé straně jsem si vědom své osobní angažovanosti v prevenci kouření a toho, že komplexní diskuze o tomto tématu dalece přesahuje možnosti této práce. Chtěl jsem na tomto místě zejména naznačit, jak složitým tématem je zhodnotit společenský kontext užívání tabáku.

Vzhledem k zaměření této práce budu v dalším textu vycházet především z filozofie ochrany před dopady kouření tak, jak je prezentována v Rámcové úmluvě o kontrole tabáku, z platné legislativy a ze současného chápání komplexního společenského působení ke kontrole tabáku tak, jak jej prezentuje doktorka Králíková, která vychází zejména ze zkušeností a opatření z USA, „kde tabáková epidemie jako první začala a kde také konstantně klesá, a to od roku 1996 i u dětí a dospívajících“ (Králíková, 2015, str. 39). Vzhledem k řečenému jsem si vědom, že můj postoj a mé názory mohou nezáměrně zkreslit výběr výzkumů či uvedených citací směrem k podpoře přísnější kontroly tabáku.

---

30 Pro srovnání, na dani za tabákové výrobky vybíral stát mezi léty 2009-2015 průměrně 44 miliard Kč. Pozn. aut. Zdroj: <http://zpravy.e15.cz/domaci/ekonomika/stat-loni-vybral-mene-na-spotrebni-dani-z-tabaku-1170177> [cit. 2016-04-31]

## 2. 2. 6. Legislativa a kontrola tabáku

Rámcová úmluva o kontrole tabáku WHO byla přijatá 193 členskými zeměmi WHO v roce 2003 a definuje směry, kterými by se měla ubírat státní politika při regulaci užívání tabáku. *Kontrola tabáku* je mezinárodně uznávaný termín, který zahrnuje komplexní přístup směřující k regulaci tabákové epidemie. Hlavními body kontroly tabáku je snížení dostupnosti tabákových výrobků, ochrana před expozicí tabákovému kouři a široce dostupná léčba. „Je nutné dát přednost termínu „kontrola tabáku“ před jinými u nás bohužel často používanými termíny jako „protikuřácký“ či „boj proti kouření“, což v široké veřejnosti vyvolává poměrně nešťastné konotace omezování svobody kuřáků“ (Králíková, 2015, str. 45).

Dalším vodítkem může být hodnocení kontroly tabáku v EU dle Joosense, který vyděluje následujících 6 zásad (v procentuálním zastoupení důrazu na ně ve státní politice). 1. Vysoká cena cigaret daná daní (30%); 2. Ochrana před pasivním kouřením (22%); 3. Veřejné vzdělávací kampaně (15%); 4. Naprostý zákaz reklamy na tabákové výrobky (13%); 5. Velká varování s obrázky (10%); 6. Dostupná léčba (10%; Králíková, 2015, str. 40).

Pro snížení prevalence kouření je tedy podle WHO a dokumentů EU nutná regulace státu. Česká republika je však v zavádění uvedených opatření do praxe pozadu za mnoha evropskými zeměmi. „O laxním přístupu ze strany zákonodárců hovoří i to, že Česká republika teprve v roce 2012 jako poslední země EU dokončila proces ratifikace Rámcové úmluvy o kontrole tabáku. V tomto směru je proto nutná aktivita jiných organizací, jako je například iniciativa Evropské unie Exkuřáci jsou nezastavitelní nebo aktivity České koalice proti tabáku“ (Greplová, 2012, str. 242).

Právní regulace omezení škodlivosti užívání tabáku je v současné době zhmotněna v zákoně číslo 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Zákon definuje omezení dostupnosti tabákových výrobků a alkoholu, včetně určení odpovědnosti prodejců, stanovuje místa se zákazem kouření, zahrnuje ustavení ohledně organizace a provádění drogové politiky atd. „Pokud se však jedná o zákaz kouření v restauracích a podobných zařízeních, zůstává prozatím právní úprava v tomto ohledu nedostatečná i v porovnání s řadou jiných zemí EU. Přestože jsou výsledky reprezentativních studií a veřejného mínění jednoznačné, z hlediska prevence a ochrany před pasivním kouřením jsou současná opatření spíše neúčinná, neboť vymahatelnost zákona v ČR je obecně pokládána za nedostatečnou“ (Sovinová, 2014, str. 73).

Dále byly přijaty další právní předpisy týkající se kontroly tabáku a alkoholu, např. zákon č. 132/2003 o regulaci reklamy, čímž byla radikálně omezena reklama na tabákové výrobky a zákon č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních, který upravuje podmínky zdaňování tabákových výrobků. „Zvýšení spotřební daně na tabákové výrobky je však stále nedostatečné. V poměru k průměrným mzdám jsou v současnosti cigarety levnější než v roce 1989“ (Sovinová, 2014, str. 74).

Samozřejmostí je, že platí zákaz prodeje tabákových výrobků u dětí mladších 18 let. Navzdory tomu v průzkumu GYTS 2011 téměř každý druhý kuřák ve věku 13-15 let přiznal, že nakupuje cigarety v obchodě. Prodej cigaret jim v posledních 30 dnech nebyl odmítnut z důvodu jejich nízkého věku téměř v sedmi případech z deseti (Sovinová, 2014).

V některých zemích (Austrálie, některé státy USA a kanadské provincie, Mauricius, Jihoafrická republika) také platí zákaz kouření v autě, jsou-li v něm přítomní nezletilí. „Zajímavostí je, že Česká republika byla jedna z prvních zemí na světě, kde platil zákaz kouření v automobilu, a to od roku 1932 do roku 1952“ (Králíková, 2013, str. 145).

## **2. 2. 7. Postoje české veřejnosti ke kouření cigaret**

Subpopulace pedagogických pracovníků a pracovníc je jedna ze skupin, které svými postoji a svým chováním mohou přímo působit na prevalenci kuřáctví ve společnosti skrze vlivu na své žáky. Z výsledků studie GSPS<sup>31</sup> 2011 vyplynulo, že 84% škol má politiku zakazující užívání tabáku mezi studenty, téměř polovina škol má obdobnou politiku pro zaměstnance a tři z pěti škol svojí politiku důsledně prosazují. Přesto kouření v prostorách školy přiznali téměř tři učitelé z deseti. Přitom si tři z pěti pedagogů uvědomují, že pokud sami kouří, má jejich chování negativní dopad na své žáky. Více než polovina pedagogů uznává, že k tomu, aby byli schopni pomoci vyhnout se užívání tabáku, potřebují speciální odbornou přípravu (nicméně čtyři pětiny pedagogů žádné školení v oblasti prevence tabáku neabsolvovaly, asi 60% má k dispozici nějaké výukové materiály týkající se rizikového užívání tabáku). Více než sedm z deseti pedagogů je přesvědčeno o nutnosti úplného zákazu reklamy na tabákové výrobky, o potřebě zvyšování cen cigaret a o tom, že tabákový průmysl záměrně povzbuzuje mládež k užívání tabáku (Sovinová, 2014).

Dvořáková, Králíková a Rameš provedli v roce 2013-2014 dotazníkové šetření s cílem zmapovat zájem a znalosti pracovníků médií týkající se tabákové epidemie, neboť „médií mají zásadní roli v edukaci populace včetně oblasti týkající se vlivu kouření na zdraví, ekonomiku a možností léčby závislosti na tabáku“ (Dvořáková, 2015, str. 235). Dotazník se

---

31 Globální studie pedagogických pracovníků

skládal z 15 otázek týkajících se statistik o epidemiologii kouření a jejich následcích, rizik pasivního kouření, kouření z třetí ruky a možnostech léčby závislosti. Přes e-mail bylo osloveno celkem 857 médií, přičemž do výzkumu byla zahrnuta elektronická i klasická, celorepubliková i regionální, seriózní i bulvární média. Maily byly odesílány opakovaně společně s nabídkou zpětného zaslání správných odpovědí pro další libovolné využití. Návratnost dotazníků byla však velmi nízká – 5,23%, přičemž validních bylo 4,63%, zbylé odpovědi byly dokonce negativní. *„Nemáme jednoznačné vysvětlení negativních reakcí obesaných. Mohou být jistým výrazem nezájmu části médií poukazovat na problematiku tabáku a tabákového průmyslu, nechuti k sebevzdělání a v neposlední řadě lze spekulovat, že část médií je tabákovým průmyslem přímo ovlivněna“* (Dvořáková, 2015, str. 240). Při tak nízké návratnosti se dá předpokládat, že odpovídali spíše ti, kdo se problematikou tabáku nějak zabývají, přesto převažovali správné odpovědi jen asi na polovinu otázek. Z uvedeného lze vyvozovat, že zájem pracovníků médií o zdravotní, legislativní a celospolečenské dopady tabákové epidemie je v ČR velmi malý a dostupné informace jsou zkreslené a nedostatečné (Dvořáková, 2015).

Podle Evy Králíkové je škodlivost kouření tabáku a závislost na něm ve společnosti obecně velmi podceňována, a to nejen mezi neodbornou veřejností, ale také mezi zdravotnickým personálem. Mezi nejčastější škodlivé postoje mezi zdravotníky patří názory, že je pro klienty lepší kouřit tabák než brát jiné drogy, že by se závislost na tabáku neměla léčit s jinými závislostmi, protože by to zpomalovalo léčbu a že kouření pomáhá pacientům překonat každodenní stres. Společné je pro tyto postoje podcenění rizik kouření a přínosu zanechání kouření pro léčbu nebo přecenění pozitivního vlivu kouření na psychiku pacientů. Argumenty, které stojí za těmito postoji, jsou však z vědeckého hlediska dle Králíkové vyvrácené (Králíková, 2015a). Ukazuje se totiž, že u pacientů léčících se současně z tabákové závislosti nejenže nedochází k častějším relapsům, ale dokonce je počet relapsů v této skupině nižší než u skupiny léčící se pouze ze své hlavní závislosti a současně užívající tabák (Richter, 2016).

*„Podle WHO existují čtyři základní profese, které by měly v případě kouření pacientů intervenovat: lékař, sestra, dentista a lékárník. Nejpočetnější skupinou ve zdravotnictví jsou sestry, problémem ovšem je, že téměř 40% z nich kouří a nejsou k tomuto intervenování motivované ani systematicky školené“* (Králíková, 2015, str. 91-92).

Na kouření pacienta se častěji ptají nejmladší lékaři (do 29 let) a praktičtí lékaři pro dospělé. Dlouhodobě platí souvislost, že lékaři-kuřáci častěji uvádějí, že kouření u pacientů zjišťují pouze v případě jeho přímé souvislosti se zdravotním stavem, zatímco lékaři-

nekuřáci častěji uvádějí, že tak činí vždy (Sovinová, 2014).

Postoje dětí jsou sledovány v rámci monitorování prevalence kuřáctví. Ve studii GYTS 2011 bylo zjišťováno, zda děti očekávají od kouření, že jim zajistí přízeň přátel nebo zvýšenou atraktivitu. Se zvýšenou atraktivitou má kouření spojeno necelých 10% dětí ve věku 13-15 let, téměř třetina je však přesvědčena, že ti, kteří kouří, mají více přátel. Mezi žáky jsou dále značně podceňována rizika kouření. Vykouření jedné krabičky denně považovalo za rizikové pouze 55% dotázaných respondentů ve věku 15 let, příležitostné kouření pak považovalo za rizikové pouze 31% dotázaných (Greplová, 2013).

Pokud jde ovšem o postoje k expozici tabákovému kouři obecně, 70% dotázaných souhlasí se zákazem kouření na veřejných místech a 60% si uvědomuje, že tabákový kouř je pro ně škodlivý (Sovinová, 2014). Většina dětí ve věku kolem 11 let má kritické výhrady ke kouření dospělých, více tolerují kouření mužů než žen. Děti z kuřáckých rodin mají ke kouření podle očekávání tolerantnější postoj (Hrubá, 2012).

Motivace adolescentů k iniciaci kouření lze shrnout do čtyř základních skupin.

a) Napodobování dospělých a vrstevníků, snaha získat jejich pozornost, uznání a přání komunikovat s nimi.

b) Kompenzace nejistoty a jiných psychologických průvodních jevů dospívání, touha být svobodnější a dospělejší.

c) Přání fyzického uvolnění, uspokojení, snížení úzkosti, pocit zvládnutí stresu.

d) Přání uniknout nudě, rebelie - vzdor proti zákazům dospělých (Müllerová, 2008).

Co se týče postojů dospělé populace k zákazu kouření ve veřejných prostorech, tak podle průzkumu SZÚ z roku 2011 rozhodně nebo spíše souhlasí s úplným zákazem kouření v restauracích 68,4% občanů České republiky nesouhlas (úplný nebo částečný) vyjádřilo 17,9% respondentů. Tento poměr je od roku 2005 víceméně stabilní (Sovinová In Králíková, 2013).

## **2. 3. PREVENCE RIZIKOVÉHO UŽÍVÁNÍ TABÁKU**

V souvislosti se vším doposud řečeným je zřejmé, že pro zavedení efektivní prevence užívání tabáku do praxe je nutný komplexní přístup, tedy působení napříč celé společností. „Účinná prevence kouření se ovšem projeví snížením mortality na nemoci způsobené užíváním tabáku řádově až za 30-40 let a skládá se z několika faktorů. Především je to dobrá komplexní legislativa, působení v rodině, sociální nepřijatelnost kouření a chování dospělých jako vzorů. V neposlední řadě je třeba upozornit na korupci – čím vyšší míra korupce v dané zemi, tím menší je míra kontroly tabáku“ (Králíková, 2013, str. 151).

Do prevence užívání tabáku lze tedy zahrnout tyto základní oblasti (dle Králíková, 2015, str. 40-43):

### **a) Účinná daňová politika**

Tj. vysoká daň, progresivní zvyšování – složka daní reagující na inflaci, vyčleněná daň na prevenci a léčbu závislosti na tabáku. Děti jsou na zdražování citlivější než dospělí.

### **b) Naprostý zákaz reklamy, včetně reklamy nepřímé, sponzorování a marketingu**

Týká se i místa prodeje – to znamená, že cigarety by neměly být ani vidět, měly by být v neprůhledné skříni. Týká se také zobrazování cigaret ve filmech (ukazuje se například, že děti, které vidí scény s kuřáckými scénami, častěji samy kouří).

### **c) Omezení míst prodeje, omezení přístupu k cigaretám**

Cigarety by neměly být prodávány dohromady s potravinami, což zahrnuje i zákaz prodeje osobám mladším 18 let.

### **d) Obrázková varování na jednotných obalech cigaret**

Obrázky by měly zabírat aspoň 50% plochy, ideálně bez možnosti použít logo. Všechny krabičky by měly být stejné, s čímž souvisí zákaz reklamy na tabákové výrobky.

### **e) Ochrana nekuřáků**

Zahrnuje zákaz kouření v uzavřených prostorách, včetně restaurací. Již během prvního roku klesají akutní infarkty myokardu či náhlá srdeční smrt v řádu procent, a to zejména u mladších osob do 60 let a u nekuřáků. Pokles dalších onemocnění přijde později.

### **f) Profesionální vzdělávací mediální kampaně**

Cílem by měla být denormalizace kouření, tedy vnímání kouření jako nemoci a nikoli jako projev dospělosti.

### **g) Působení vzorů**

Jedná se především o působení v primární rodině, ale důležité je také působení ve škole a dále přístup různých veřejných médií, včetně filmů či jiných druhů umění.

### **h) Školní preventivní programy**

Kvalita těchto programů je různá, velmi však záleží na lektorech, neboť je velký rozdíl mezi zapáleným odborníkem a známým učitelem. Učitelé by však ideálně měli jít nekuřáckým příkladem (Králíková, 2015).

Jedním z možných činitelů preventivního působení je pochopitelně primární rodina. Je ovšem otázkou, nakolik mají rodiče energii, zájem či možnosti se na preventivním působení nějak aktivně podílet. Například na základě kvalitativního výzkumu ohniskových skupin rodičů motivovaných k prevenci užívání návykových látek u svých dětí, který byl proveden v šesti zemích Evropy<sup>32</sup>, se zjistilo, že rodiče obecně vnímají možnost samostatně se organizovat na úrovni místní komunity nebo školy jako velmi malou. Řešení vidí v rozvoji intenzivní spolupráce se školami podporované vstřícným přístupem pracovníků škol a spoluprací s odborníky na prevenci. Zároveň udávají, že zásadní je posilování rodičovských dovedností a jejich vlivu prostřednictvím upřímného zájmu o svoje děti (Gabrhelík, 2014).

Co tedy mohou udělat rodiče pro to, aby zvýšili pravděpodobnost nekouření u svých dětí? *„Měli by být především nekuřáckým příkladem, tedy sami nekouřit. Pokud kouří a nechtějí nebo nemohou přestat, měli by aspoň nekouřit doma nebo v autě a dát tak najevo, že kouření je něco, co do domova nepatří a zároveň tím nebudou poškozovat zdraví dětí pasivním kouřením. Dále by měli zvyšovat sebevědomí dětí, protože častěji kouří děti, které si tolik nevěří. V neposlední řadě je vhodné upozorňovat na vliv kouření, ale opatrně a spíše zmiňovat impotenci, zápach z úst, stárnutí kůže či horší pleť než infarkty a rakovinu – dlouhodobá rizika totiž děti příliš nezajímají“* (Králíková, 2015, str. 44).

Důležité je samozřejmě vytvořit co nejvíce nekuřácké prostředí ve škole a v jeho okolí, což potvrzuje dlouhodobá studie Lovata (2012), do které se zapojilo 82 kanadských škol v roce 2003-2004, přičemž porovnání škol z hlediska budoucího kouření jejich studentů bylo provedeno s pětiletým odstupem. Ze studie vyplynulo, že pokud žáci navštěvovali školu s jasně danými pravidly omezujícími užívání tabákových výrobků a s pravidelně probíhajícími programy zaměřenými na rizikové užívání tabáku, potom byla menší pravděpodobnost, že žáci začnou později kouřit cigarety. Naopak, čím větší byla dostupnost tabákových výrobků v okolí školy, čím nižší byla jejich cena a čím častěji kouřili spolužáci blízko školy, tím větší byla pravděpodobnost, že žáci konkrétní školy budou v budoucnu kouřit (Lovato, 2012). Uvedená studie potvrzuje nutnost komplexního preventivního působení a zároveň upozorňuje na to, že nevhodné prostředí školy může snížit či zcela inhibovat efektivní působení ojedinělých preventivních programů.

---

32 Do výzkumu se zapojila Česká republika, Portugalsko, Španělsko, Slovinsko, Švédsko a Velká Británie.

### 2. 3. 1. Rizikové a protektivní faktory užívání tabáku u adolescentů

V souvislosti se školskými programy specifické prevence je nutné mít přehled o protektivních a rizikových faktorech, neboť tyto mohou značně ovlivňovat výsledek preventivního působení<sup>33</sup>.

British Medical Association uvádí za hlavní rizikové faktory pro zvýšené užívání tabáku u dětí zhoršenou ekonomickou situaci rodiny, výskyt duševní poruch, nízké vzdělání rodičů a život v rozvedené nebo neúplné domácnosti. Ochrannými faktory může být inteligence a vhodné prostředí školy (Greplová, 2012).

Burkhart provedl v roce 2009 metaanalýzu výzkumů provedených v letech 2000 – 2007 na téma rizikových a protektivních faktorů ve vývoji problémového užívání návykových látek u adolescentů. Rizikové a protektivní faktory potvrzené z těchto výzkumů, které se přímo vztahují na rizikové užívání tabáku<sup>34</sup>, shrnuje tabulka 2. 10. Na začátku textu Burkhart upozorňuje, že experimentace s návykovými látkami je v období adolescence obvyklým vývojovým jevem, přičemž je nutné podotknout, že většina takto experimentujících adolescentů se nestane problémovými uživateli. Vždy tu však existuje riziko rozvoje závislosti v souvislosti s obvykle nižší tolerancí při užívání psychoaktivní látky v porovnání dospělou populací a zároveň vyšší zranitelností vůči sociálním tlakům ze strany vrstevníků (Burkhart, 2009).

Foltová (2012) ve svém výzkumu v českém prostředí týkající se vlivu rodičů a vrstevníků na rizikové chování adolescenta zjistila, že rizikovní jedinci mnohem méně dají na názory dospělých osob ve svém okolí, což u nich ještě více snižuje účinnost různých intervencí. Relativně největší vliv z autorit má u problémových jedinců matka. Rodiče na adolescenty však působí především svým zájmem a jako modely chování. Překvapivě se neukázala souvislost s konzumací alkoholu, ale prokázala se souvislost rizikového chování s přítomností silného kouření rodičů, zejména matky. Za důležité zjištění pokládá autorka to, že jedinci vykazující rizikové chování nejsou náchylnější k přebírání názorů od svých vrstevníků než jedinci ve skupině, ve kterých se rizikové chování ještě neprojevalo. Zásadní je v tomto směru ovšem samotná struktura kamarádských skupin, tedy koho si adolescenti vybírají za svou referenční skupinu (Foltová, 2012).

---

33 Definice rizikových a protektivních faktorů viz kap. 2. 1. 5.

34 To znamená, že jsem do tabulky rizikových a protektivních faktorů nezařadil informace z těch výzkumů, které se přímo netýkaly užívání tabáku, pozn. aut.



<b>Protektivní faktory</b> tlumící či mírnící škodlivé užívání tabáku v adolescenci	<b>Rizikové faktory</b> vyvolávající či zhoršující škodlivé užívání tabáku v adolescenci
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intelligence, akademické kompetence (kritické myšlení)</li> <li>• Schopnost sebekontroly</li> <li>• Sportovní aktivity</li> <li>• Referenční skupina s negativními postoji k návykovým látkám</li> <li>• Studium na gymnáziu</li> <li>• Důvěrný a otevřený vztah rodiče s adolescentem</li> <li>• Autoritativní styl výchovy (u dívek)</li> <li>• Nízká úroveň konfliktů v rodině</li> <li>• Jasně stanovená pravidla (v rodině, ve škole)</li> <li>• Stydlivost (u dívek)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mužské pohlaví (mají větší sklony k externalizujícím poruchám)</li> <li>• Předčasná vyspělost (zejména u dívek)</li> <li>• Společenská a sebejistá osobnost</li> <li>• Vyhledávání vzrušení</li> <li>• Emocionální nejistota</li> <li>• Impulzivita</li> <li>• Kladné postoje referenční skupiny k návykovým látkám</li> <li>• Trávení většiny večerů s kamarády v hospodě</li> <li>• Zkušenost s kouřením cigaret v rodině, zejména u matky</li> <li>• Chudoba (zejména u chlapců)</li> <li>• Studium na učilišti</li> <li>• Ústavní výchova</li> <li>• Psychiatrické poruchy (zejména mentální retardace a deprese)</li> </ul>

**Tab. 2. 9. Protektivní a rizikové faktory v užívání tabáku u adolescentů**  
(dle metaanalýzy výzkumů z let 2000-2007, Bukhart, 2009)

Výzkum Skopala a Dolejše (2014) se zaměřil na osobnostní rysy, které mají prokazatelný vliv na výskyt rizikového chování. Použili k tomu dotazník SURPS<sup>35</sup>, který se zaměřuje na tyto osobnostní rysy: negativní myšlení (bezmocnost), přecitlivělost (úzkostnost), impulzivita a vyhledávání vzrušení. Metoda byla standardizována na české populaci ve věku 11-16 let v roce 2010. S užíváním tabáku nejvýznamněji souvisel rys negativního myšlení a vyhledávání vzrušení. Prokazatelný vztah byl nalezen také u faktoru impulzivity (Skopal, 2014).

Zmíněné výzkumy provedené v českém prostředí tak potvrzují výsledky Buckhartovy metaanalýzy. Z uvedených protektivních faktorů mohou školy a preventivní programy podporovat především schopnosti kritického myšlení (akademické kompetence), schopnost sebekontroly a ovlivňovat třídu jako specifickou vrstevnickou sociální skupinu.

<sup>35</sup> Substance Use Risk Profile Scale

### 2. 3. 2. Obecné principy pro tvorbu programu školské prevence kouření

V roce 1995 byly vypracovány doporučení pro tvorbu programů primární prevence kouření u dětí mládeže, na nichž se podíleli odborníci z 29 národních, lokálních a dobrovolných organizací (dle Žaloudíková In Králíková, 2013, str. 156-157):

a) Cílená primární prevence kouření by měla začít už v předškolním věku a plynule pokračovat na základní a střední škole. Senzitivním obdobím je v tomto směru především 4.-6. třída ZŠ.

b) Cílem by mělo být redukovat počty kuřáků, posunout začátky kouření do vyšších věkových skupin a představovat kouření jako nezajímavý atribut nezralého chování.

c) V kognitivní sféře znalostí se doporučuje zdůraznit spíše akutní a estetické následky kouření než závažná poškození dlouhodobějšího rázu. Zdůrazňování smrtelných následků má ta rizika, že u některých žáků může vyvolat opačnou snahu (být hrdinou či mučedníkem, který přežije) nebo aktualizovat jejich obavy o zdraví rodičů-kuřáků.

d) Kouření je provázeno pochody v nervovém a endokrinním systému, které jsou subjektivně vnímány jako příjemné. Děti by měly poznat, že obdobné pocity poskytuje i řada jiných podnětů, na které by měly samy přijít nebo si je v rámci programu zažít (pohybová aktivita, pochvala a povzbuzení apod.).

Pokud se na programu objeví student, který je již závislý na tabáku a chtěl by přestat, je vhodné probrat následující okruhy témat (dle Králíková, 2015, str. 81).

a) Hledat možné důvody k odložení cigaret, propočítat konkrétní finanční náklady, vliv na zdraví zaměřit na témata jim blízká (zhoršení akné, zápach z úst, poruchy erekce...).

b) Identifikovat bariéry odvykání (kuřácká parta, zvládání stresu, kontrola hmotnosti, závislost) a hledat jejich možná nekuřácká řešení.

c) Vysvětlit, že odvykání kouření je dlouhodobý dynamický proces a selhání by mělo být vždy použito pro poučení v příštím pokusu. Dále je vhodné odkázat ho na další pomoc (internetové stránky, linka odvykání kouření).

Jedním z výstupů projektu VYNSPI-II je návrh obsahu minimálního preventivního programu pro jednotlivé formy rizikového chování u jednotlivých věkových skupin, které jsou rozděleny do podskupin znalostí, dovedností a kompetencí. „*Znalosti představují strukturovaný souhrn souvisejících poznatků a zkušeností v určité oblasti. Dovednosti znamenají schopnost aplikace odborných znalostí. Způsobilosti (kompetence) následně vyjadřují schopnost uplatňovat nabyté vědomosti, znalosti a dovednosti v konkrétních podmínkách*“ (Miovský, 2015b, str. 54). U prevence kouření v 7. třídách by bylo na základě doporučeného obsahu relevantní zaměřit se na oblasti, které shrnuje tabulka 2. 10.

Znalosti	Dovednosti	Kompetence
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chápe rizika spojená s kouřením tabáku</li> <li>- Je informován o sociálních dopadech užívání tabáku</li> <li>- Rozpozná, jak identifikovat skrytou reklamu na tabák</li> <li>- Zná alternativy, jak naplnit potřebu vyhledávání nových zážitků a vzrušení</li> <li>- Má základní znalosti o komunikaci a řešení sporů ve vrstevnické skupině</li> <li>- Zná příklady technik, jak zvládat stres a negativní emocionální stavy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umí identifikovat rizika spojená s kouřením tabáku</li> <li>- Umí odolat tlakům médií a kriticky posoudit reklamu</li> <li>- Dovede odmítnout nabízenou cigaretu</li> <li>- Umí řešit vrstevnické konflikty a nepodléhat tlaku skupiny v užívání tabáku</li> <li>- Ovládá aspoň nějakou metodu zvládání emocí a zátěžové situace</li> <li>- Má kladný vztah k sobě a svému zdraví</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplikuje osvojené znalosti o vlivu tabáku</li> <li>- Dokáže preferovat skupinu vrstevníků neužívající tabák</li> <li>- Dokáže vyhledávat takové formy zábavy, které uspokojují potřebu nových zážitků, ale neinklinují k užívání tabáku</li> <li>- Dokáže aplikovat na modelových situacích vztah mezi zvládáním stresu a užíváním tabáku</li> <li>- Zvládá usměrnit projevy negativních emocí</li> </ul>

**Tab. 2. 10. Znalosti, dovednosti a kompetence doporučené jako obsah pro minimální preventivní program kouření v 7. třídě (dle Miovský, 2015b)**

### 2. 3. 3. Školské programy specifické prevence užívání tabáku v České republice

Nabízené preventivní programy a aktivity zaměřující se na výchovu k nekouření, které mohou školy v ČR zahrnout do svého minimálního preventivního programu, shrnuje Žaloudíková podle věkových kategorií (In Králíková, 2013, str. 158):

Předškolní věk (3-6 let) – My nechceme kouřit ani pasivně, Já kouřit nebudu a vím proč.

Mladší školní věk (7-11 let) – Normální je nekouřit, Nekuřátka.

Starší školní věk (12-15 let) – Kouření a já, Naše třída nekouří, Típni to I-II, The Unplugged.

Období adolescence (16-19 let) – O zdraví si rozhoduji sám, Típni to III.

Programy pro předškolní věk jsou zaměřeny především na posílení ochrany dětí před pasivním kouřením a jsou zdůrazněny hlavně dráždivé účinky cigaretové kouře. Pro výuku jsou využívány omalovánky, pohádky, dramatizace a videa. Programy pro starší se již zaměřují na nekuřácké chování žáků. Programy na středních školách by měly být zaměřeny více diskuzně.

Ne všechny programy však byly ověřené v kontrolovaných studiích. Mezi příklady dobré praxe patří především evaluace programů „Normální je nekouřit“ a „Kouření a já“ (Žaloudíková In Králíková, 2013).

Program „Normální je nekouřit“ byl ověřován v rámci pětileté longitudinální pilotní studie, která byla realizována na deseti školách v Brně a dále pak v širší ověřovací studii na 50 školách v ČR. Šetření proběhlo jako kvaziexperiment porovnáním výsledků v experimentální a homogenní kontrolní skupině bez náhodného výběru škol, sledovány byly postoje, znalosti a rizikové chování (Miovský, 2015b).

Na základě výsledků bylo konstatováno, že efektivitu programu značně ovlivňovalo to, zda děti pocházeli z kuřáckých či nekuřáckých rodin. U dětí z nekuřáckých rodin program snížil počet experimentujících dětí a částečně negativní postoje ke kouření oproti kontrolní skupině, naopak děti z kuřáckých rodin v experimentální skupině častěji zkoušely kouřit než děti z kuřáckých rodin v kontrolní skupině. Program pozitivně ovlivnil úroveň znalostí u všech dětí, zejména u akutních následků na srdce a zuby (Hrubá, 2012).

U programu „Normální je nekouřit“ byla též provedena formativní evaluace. Za klady programu bylo vyhodnoceno to, že je systematický a dlouhodobý, je považován za atraktivní dětmi i učiteli, má detailně připravené lekce i metodiku evaluace a využívá KAB model. Za nevýhody byla vyhodnocena nedostatečná spolupráce s rodiči, velké nároky na učitele a neprokázané změny v postojích a chování (Miovský, 2015b).

Program „Kouření a já“ vychází z preventivního programu USA „Smoking and Me“ a je vytvořen jako peer program pro žáky 2. stupně ZŠ. Žáci pracují v menších skupinkách vedeným jejich mluvčími (proškolenými spolužáky). Důraz je také kladen na spolupráci s rodiči. Program je systematický a dlouhodobý (je připraven pro každý postupný ročník, z nichž každý obsahuje 7 lekcí). Kromě znalostí o rizicích kouření žáci aktivně posilují dovednosti při rozpoznávání rizikových situací spojených s kouřením, učí se vhodně odmítat, procvičují proces rozhodování, poznávají ekonomickou nevýhodnost kouření a formují odpovědný přístup ke svému zdraví (Žaloudíková In Králíková, 2013).

U programu „Kouření a já“ byla provedena evaluace výsledku formou kvaziexperimentální studie zadáním anonymního dotazníku v experimentální a kontrolní skupině. Evaluace proběhla na 355 základních školách v 15 okresech ČR. Autoři přiznávají, že výsledky studie mohl do určité míry ovlivnit nenáhodný výběr. V pilotní fázi projektu byla také provedena formativní evaluace ve formě pravidelných porad z realizace programu ve třídách. Z výsledků vyplývá, že program úspěšně ovlivňuje prevalenci kuřáctví mezi žáky. O prázdninách mezi 8. a 9. ročníkem nekouřilo statisticky významně více dětí v experimentální skupině, naopak opakované pokusy s kouřením a pravidelné kouření bylo častější v kontrolní skupině (Miovský, 2015a).

Preventivní intervence „Unplugged“ vychází z modelu komplexního vlivu sociálního

prostředí. Jedná se o všeobecně preventivní kurikulum (kouření je jedním z témat) realizované pedagogickými pracovníky přímo v prostředí školy. Intervence je určena žákům šestých tříd (zpravidla ve věkovém rozmezí 11–13 let), kteří ji absolvují v rámci 12 hodin/lekci realizovaných v průběhu školního roku. Podle evaluace byl statisticky významný efekt zjištěn u proměnné celkové kouření a denní kouření, neúčinný byl program v oblasti intenzivního kouření (Miovský, 2015a).

Metaanalýza evaluací autorů Bašky a Straky (2004) odhalila u většiny programů školské prevence kouření ve Střední a Východní Evropě aspoň částečný efekt ve zvýšení znalostí experimentální skupiny a ve snížení krátkodobé prevalence kouření, tedy oddálení prvních experimentů s cigaretou. Jako neúspěšné naopak bývají vyhodnocovány změny postojů, další kuřácké chování a rezistence na tlak okolí. Nevýhodou většiny studií bylo zaměření pouze na krátkodobé efekty (Baška, 2004).

Podle metaanalýzy Thomase (2013) mají nejdéletrvající efekt v prevenci kouření programy, které jsou postavené na kombinaci teorie sociálního vlivu a rozvoji sociálních kompetencí, naopak neúčinné jsou programy postavené pouze na předávání informací.

Peirson a kolektiv (2016) provedli metaanalýzu výzkumu hodnotících efekty preventivních intervencí. V databázích našli 2118 záznamů, z nichž pouze 9 splnily požadavky na zařazení do analýzy. Velkou limitací je to, že analyzované intervence jsou velmi různorodé a používají různé strategie. U všech však bylo nalezeno, že programy oddalují věk první cigarety a motivují v intenci zanechat kouření. Podle autorů je potřeba do budoucna vytvořit jednotnější rámec kontroly kvality těchto programů a zjistit, které konkrétní metody jsou v těchto intervencích účinné (Peirson, 2016).

Některé kontrolované edukační intervence u mladých lidí tedy minimálně krátkodobě obvykle vedou ke zvýšení znalostí a oddálení experimentování s cigaretou, podle Králíkové je však jejich úspěšnost relativně nízká vzhledem k vynaloženým nákladům. Je také mnoho programů pochybné kvality, které neprošly kontrolovanými studiemi, přičemž *„je podezřelé, že některé z nich dokonce v minulosti podporoval tabákový průmysl, který si je pravděpodobně vědom jejich nízké účinnosti“* (Králíková, 2015, str. 42).

#### **2. 3. 4. Programy České koalice proti tabáku**

Česká koalice proti tabáku (ČKPT) byla založena roku 2002 a sdružuje všechny, kdo se chtějí angažovat v kontrole tabáku. Mezi jeho hlavní preventivní aktivity patří od roku 2006 dětské vzdělávací programy pro školy s názvy Nekuřátka pro 3.-5. třídy ZŠ, Típní to I pro 6.-7. třídy, Típní to II pro 8.-9. třídy a Típní to III pro střední školy. Počítá se s

návazností programů, škola si ale může objednat i pouze jednotlivé programy. V současné době působí asi ve 100 školách v Praze (Greplová In Králíková, 2013).

Základem těchto programů je interaktivní a zábavná forma programu přiměřená věku dětí. Programy jsou vedené proškolenými lektory často z řad mediců (na počátku absolvují intenzivní 50hodinové školení a jsou průběžně vzděláváni), mnozí z nich zároveň pracují jako dobrovolníci na lince odvykání kouření, což má zvýšit jejich kredibilitu v očích dětí (Greplová In Králíková, 2013).

ČKPT kromě národní linky odvykání kouření dále pořádá osvětové akce pro veřejnost v rámci Světového dne bez tabáku (31. květen) a Mezinárodního nekuřáckého dne (třetí čtvrtek v listopadu). V rámci internetových stránek dále nabízejí webovou poradnu pro odvykání kouření a dále poradnu pro děti, které by se chtěly zeptat na cokoli týkající se kouření tabákových výrobků<sup>36</sup>.

Efektivita vzdělávací programů ČKPT nebyla dosud výzkumně ověřována.

---

36 <http://www.bezcigaret.cz/> ; <http://nekuratka.cz/poradna/> [cit. 2016-05-06]

### 3. IDEOVÝ A TECHNICKÝ PLÁN VÝZKUMU

#### 3. 1. Výzkumný problém

Cílem výzkumu bylo provést formativní evaluaci primárně preventivního programu Típní to I pro 6.-7. třídy s perspektivou vytvoření nové metodiky programů ČKPT.

Požadavek na vytvoření nové metodiky programů vznikl na základě názorů a zkušeností realizátorů primární prevence v České koalici proti tabáku a ve sdružení Jules a Jim, s kterým ČKPT spolupracuje. Byly reflektovány nedostatky stávajících programů v souvislosti s požadavky na realizátory prevence, které jsou uvedené ve Standardech odborné způsobilosti, dále v souvislosti se stavem výzkumu v oblasti školské prevence a rizikového užívání tabáku a v neposlední řadě v souvislosti s praktickou zkušeností realizátorů v rámci programu.

Vytvořením nové metodiky byl pověřen tým nejzkušenějších lektorů ČKPT, mezi něž jsem patřil také já. Navrhl jsem, že bych chtěl nejdříve provést evaluaci programu, který byl dle zkušeností považován za nejlépe připravený (tj. Típní to I<sup>37</sup>), přičemž bychom mohli z této evaluace vyjít při vytváření nových programů. I když jsme reflektovali nedostatky stávajících programů, často jsme na ně měli dobré zpětné vazby. Předpokládali jsme tedy, že v programech mohou být dobré a funkční věci, na které bychom mohli navázat a rozvinout je. Velmi užitečnou součástí formativní evaluace je navíc analýza potřeb, která nám v počáteční fázi vývoje nových metodik mohla poskytnout lepší vhled do problémů a požadavků konkrétní cílové skupiny. Obsahem výzkumné části tedy bude formativní evaluace potřeb a výsledku programu Típní to I.

#### 3. 2. Výzkumné otázky

V rámci evaluace byly položeny tři hlavní výzkumné otázky.

O1. Jaké jsou potřeby cílové skupiny (žáků 7. třídy a příslušných ročníků víceletých gymnázií) z hlediska obsahu programu a formy školské prevence užívání tabáku?

O2. Jaké jsou silné stránky programu Típní to I?

O3. Jaké jsou nedostatky programu Típní to I?

Aby bylo možné odpovědět na tyto otázky, stanovil jsem několik dílčích výzkumných otázek (označených písmenem O) a hypotéz (označených písmenem H), přičemž tyto otázky a hypotézy uvádím rozdělené podle toho, zda náleží k evaluaci potřeb nebo k evaluaci výsledku.

---

37 Manuál programu Típní to I, včetně jeho cílů a popisu cílové skupiny, je součástí přílohy 3.

#### Evaluace potřeb – výzkumné otázky

O4. Jaké důvody nejčastěji uvádějí žáci 7. tříd pro to, aby kouřili či nekouřili?

O5. Jaké důležité cíle by podle zkušených lektorů ČKPT měly programy školské prevence užívání tabáku splňovat?

O6. S jakými nepřesnostmi či mýty spojenými s užíváním tabáku se zkušení lektoři ČKPT nejčastěji setkávají u dětí během realizace programů primární prevence?

#### Evaluace potřeb - hypotézy

H1: Děti kuřáků budou mít pozitivnější postoj ke kouření cigaret než děti nekuřáků. (H0: Žáci budou mít stejné postoje ke kouření cigaret bez ohledu na to, zda některý z rodičů kouří)

H2: Kuřáctví matky má větší vliv na kuřáctví dětí než kuřáctví otce. (H0: Kuřáctví obou rodičů má na kuřáctví svého dítěte stejný vliv)

#### Evaluace výsledku – výzkumné otázky

O7. Jaké jsou podle zkušených lektorů ČKPT silné a slabé stránky programu Típní to?

O8. Jaké jsou silné a slabé stránky programu Típní to I na základě porovnání manuálu programu s poznatky z literatury týkající se efektivní školské specifické prevence rizikového užívání tabáku?

O9. Jak žáci subjektivně hodnotí program Típní to I?

#### Evaluace výsledku - hypotézy

H3: Úroveň znalostí žáků o rizicích užívání tabáku bude po absolvování programu Típní to I vyšší než před programem. (H0: V úrovni znalostí žáků o rizicích užívání tabáku nebude po absolvování programu Típní to I rozdíl)

H4: Postoj žáků ke kouření cigaret bude po absolvování programu Típní to I negativnější než před programem. (H0: Postoj žáků ke kouření cigaret se po absolvování programu Típní to I nezmění)

H5: Po absolvování programu Típní to I budou žáci vnímat cigaretu jako škodlivější než před programem. (H0: Žáci budou po absolvování programu Típní to I vnímat cigaretu stejně škodlivě jako před programem)

H6: Po absolvování programu Típní to I budou žáci vnímat vodní dýmku jako škodlivější než před programem. (H0: Žáci budou po absolvování programu Típní to I vnímat vodní dýmku stejně škodlivě jako před programem)

H7: Po absolvování programu Típní to I budou umět žáci vhodněji komunikovat v rizikových situacích týkajících se kouření. (H0: Po absolvování programu Típní to I budou žáci komunikovat v rizikových situacích týkajících se kouření stejným způsobem)



H8: Po absolvování programu Típní to I budou mít žáci menší sklony ke kouření cigaret. (H0: Žáci budou mít po absolvování programu stejné sklony ke kouření cigaret jako před programem)

H9: Po absolvování programu Típní to I budou mít žáci menší sklony ke kouření vodní dýmky. (H0: Žáci budou mít po absolvování programu stejné sklony ke kouření vodní dýmky jako před programem)

### **3. 3. Teoretický rámec výzkumu**

Výzkum je zastřešen teorií evaluačního výzkumu se smíšeným výzkumným designem (kvantitativně-kvalitativní). Hlásí se tedy k principům kvalitativního přístupu ve výzkumu v kombinaci se statistickým usuzováním.

Výběr metod musí být vždy podřízen cílům výzkumu a povaze jeho předmětu (Miovský, 2006). Evaluační výzkum je „široce používaným typem výzkumu, v němž jde o hodnotové posouzení intervencí a programů na základě empirické evidence. Jedná se v podstatě o typ akčního výzkumu, který usiluje o změnu stavu, není tedy hodnotově neutrální“ (Hendl, 2008, str. 38). Jednou z teorií zastřešujících některé typy akčního výzkumu je participativní paradigma, jehož využití jsem si vědom vzhledem ke své osobní motivaci k provedení výzkumu a využití spolupráce se svými kolegy v ČKPT, což je samozřejmě nutné reflektovat (viz kap. 3. 8.) „Obvyklým cílem výzkumů participativního paradigmatu je změna sociální reality na základě rekonstrukce znalostí expertů v určitém druhu prostředí s cílem hlubokého porozumění. Neutralita výzkumníka je v tomto přístupu nežádoucí, o to větší důraz je pak kladen na jeho reflexivitu“ (Bergold, 2012).

Cílem výzkumu je tedy provedení formativní evaluace potřeb a výsledku, která je řešena plánem opakovaného měření – tzv. pre-post design - v kombinaci s participativním přístupem v kvalitativním výzkumu. Evaluace je neexperimentální, neboť nevyužívá náhodný výběr ani kontrolní skupinu.

Při interpretaci efektů preventivního programu se budu opírat zejména o model komplexního vlivu sociálního prostředí a o dostupná data v oblasti užívání tabáku v české populaci.

### **3. 4. Plán evaluace a jeho metodologie**

Výzkum bylo potřeba provést vzhledem k zakázce v co nejkratším čase, protože formativní evaluace byla zadána v lednu 2015 a v září 2015 již měly být vytvořeny metodiky nových programů. Vzhledem k nízkému rozpočtu navíc bylo potřeba realizovat

výzkum s co nejnižšími možnými náklady.

Finanční náklady byly nízké (jednalo se v zásadě jen o tisk 500 dotazníků, tedy asi 1000 Kč), náklady tak byly především časové (přípravu materiálů, oslovení škol, rozhovory, sběr dat a jejich analýzu jsem provedl sám bez nároku na honorář).

Pro získání empirických dat jsem zvolil dotazník (který byl zadán dvakrát metodou pre-post – poprvé bezprostředně před programem a podruhé s 2-3 týdenním odstupem), rozhovory s nejzkušenějšími lektory ČKPT a dále jsem využil poznatky z dostupné literatury k tématu (což je shrnuto v teoretické části) a manuál programu Típní to I.

Časový plán evaluace byl následující.

Leden - únor 2015: Příprava plánu evaluace a souvisejících materiálů, oslovení škol.

Březen 2015: Sběr rozhovorů s lektory ČKPT, studium literatury.

Duben – červen 2015: Sběr dotazníků ve vybraných školách.

Červenec – srpen 2015: Přepis dotazníků, analýza, vyhodnocení a interpretace dat.

Pro evaluaci potřeb jsem využil některé otázky z dotazníku, rozhovory s lektory ČKPT a poznatky z analýzy dostupné literatury a manuálu programu Típní to I.

Pro evaluaci výsledků jsem využil porovnání odpovědí žáků z dotazníků zadaných před a po programu Típní to I. Byla tak provedena krátkodobá evaluace výsledku z hlediska KAB modelu. Znalosti byly vyhodnoceny pomocí znalostního testu, postoje skrze postojovou škálu a chování bylo hodnoceno z hlediska proměnné „sklon ke kuřáckému chování“ a dovednosti komunikovat v situacích týkající se kouření (viz kap. 3. 6.).

### **3. 5. Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor byl tvořen 2 lektory ČKPT a 202 žáky, kteří se zúčastnili programu Típní to I.

Lektoři ČKPT byly vybrány metodou záměrného výběru. Za zkušené lektory jsem považoval ty, kteří realizují program Típní to I aspoň dva roky, pracují na lince odvykání kouření, účastní se osvětových akcí ČKPT a průběžně se v tomto oboru vzdělávají. Tyto podmínky v době provádění evaluace splnily pouze dva lektori.

Třídy, které se zúčastnily výzkumu, byly vybrány metodou příležitostného výběru, jednalo se totiž o všechny třídy, ve kterých byl v období dubna a května 2015 realizován program Típní to I. Celkem to bylo 12 tříd ze čtyř základních škol a dvou víceletých gymnázií. Ve všech případech se jednalo o sedmé třídy, respektive o sekundy.

### 3. 6. Metody získání dat

Hlavním zdrojem empirických dat byl mnou vytvořený dotazník, který je součástí přílohy 4. Byl vytvořen na základě inspirace standardizovaných postojových škál ke kouření (Kollárik, 1984; Shore, 2000) a upraven tak, aby byl co nejvíce redukován počet položek, ale zároveň, aby se otázky vztahovaly k tématům, která byla probírána v rámci programu Típní to I. Dotazník obsahoval následující okruhy otázek (celkem 34 položek):

a) Kód – určený pro anonymizaci účastníků a spárování dvou dotazníků v metodě pro-post (pro možnost využití statistického testu dvou závislých výběrů). Každý účastník si vytvořil svůj jedinečný kód, který poté znovu uvedl při druhém vyplňování testu. Tento kód měl zároveň zajistit anonymitu.

b) Otázky na demografické údaje – věk, pohlaví, kouření v rodině.

c) 10 otázek na postoje ke kouření hodnocených na Likertově škále (1-souhlasím, 2-spíše souhlasím, 3-nevím, 4-spíše nesouhlasím, 5-nesouhlasím) týkající se názorů na zákaz kouření v restauracích, vztahy s kuřáky, vnímání atraktivity či škodlivosti cigaret a dalších souvisejících postojů, jejichž témata byla součástí programu Típní to I.

d) Otevřená otázka na osobní důvody proč kouřit či nekouřit.

e) 10 znalostních otázek o rizicích užívání tabáku, devět z nich bylo uzavřených s nabízenými možnostmi a desátá otázka byla otevřená.

f) 2 komiksové bubliny zaměřené na komunikaci, kdy respondent měl na zadání odpovědět vlastními slovy. První zadání se týkalo komunikace s rodiči, pokud by jeden z nich kouřil v autě. Druhé zadání se týkalo odpovědi respondenta na nabízenou cigaretu.

g) 6 položek týkající se chování žáka v souvislosti s kouřením cigaret a vodní dýmky. Pro oba tabákové výrobky byly položeny otázky na jejich užívání v předcházejících dvou týdnech, zda by je chtěli vyzkoušet a zda budou chtít kouřit, až budou starší.

h) Otázka, ve které měli respondenti ohodnotit škodlivost cigarety a vodní dýmky na pětibodové stupnici (1-vůbec neškodí, 5-velmi škodí)

i) Druhý dotazník byl doplněn o dvě otázky týkající se programu Típní to I – jak se žákům program líbil a zda mají k programu nějaké připomínky. Cílem bylo získání subjektivní zpětné vazby.

Pro získání náhledu a zkušeností lektorů ČKPT jsem využil polostrukturovaný rozhovor problémově zaměřený na tato témata:

a) Vnímané cíle programů ČKPT a jejich důležitost.

b) Nejčastější nepřesnosti či mýty, se kterými se lektoři setkávají během práce ve třídě.

c) Subjektivně vnímané silné a slabé stránky programů.

Rozhovory byly se souhlasem účastníků zaznamenány na diktafon.

Dalším zdrojem dat byly informace, které byly získány studiem relevantní literatury. Jednalo se především o výstupy projektu VYNSPI-II, Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů primární prevence, publikace Králíkové o kouření, články z časopisu adiktologie a relevantní výzkumy vyhledané v databázi EBSCO. Poznatky z této rešerše jsou shrnuty v teoretické části tohoto textu (kap. 2.) a byly sbírány s cílem porovnat požadavky na programy specifické prevence užívání tabáku s manuálem a metodikou programu Típní to I, což doplňuje analýzu potřeb a zastřešuje diskuzi o vylepšení programu.

### **3. 7. Metody analýzy dat**

Kvalitativní data byla nejdříve reprodukována – rozhovory byly doslovně přepsány na základě nahrávky z diktafonu, odpovědi na otázky z dotazníku byly přepsány do tabulky podle své kategorie a počtu. Vzhledem ke krátkým odpovědím v dotaznících jsem provedl interpretaci již na základě této první kategorizace. U kvalitativní analýzy rozhovoru následoval proces segmentace (rozdělení dat do analytických jednotek), tedy v rámci rozhovorů jsem sjednotil části rozhovoru podle společného tématu. V rámci těchto segmentů jsem poté provedl kódování podle obsahu, čímž jsem provedl první kategorizaci dat. Hlavním hlediskem při kategorizaci byla dopředu vytyčená témata v rámci problémově zaměřeného rozhovoru. Jednotlivé kategorie jsem poté sjednotil a provedl interpretaci významu a souvislostí vzhledem k položeným výzkumným otázkám.

Kvantitativní data byla z větší části analyzována ve statistickém programu SPSS, doplňující statistické výpočty byly provedeny v programu R. Některé položky dotazníku bylo nutné kvantifikovat.

Znalostní test byl složen z deseti otázek. Devět otázek bylo uzavřených s výběrem 3-5 odpovědí, z nichž pouze jedna byla správná (např. Je v ČR více dospělých kuřáků nebo nekuřáků? a) Nekuřáků je více b) Je to asi půl na půl c) Kuřáků je více). V těchto odpovědích bylo možné získat 0-1 bod. Desátá otázka byla otevřená: „Které nemoci může kouření cigaret způsobit?“ V této otázce bylo možné získat 0-3 body (pokud žák napsal tři různé nemoci a více, získal maximální počet bodů). Celkově tak bylo možné získat 0-12 bodů.

Postojová škála byla složena z deseti položek, které byly hodnoceny na pětibodové Likertově škále. Za každou otázku skóroval žák 1-5 bodů, takže žák mohl získat 10-50 bodů, což je při vydělení deseti zároveň průměr, jak respondent na položky nejčastěji

reagoval (součet 45 znamená, že průměrně odpovídal na otázky mezi nesouhlasím a spíše nesouhlasím – 4,5). Čím byl vyšší počet bodů, tím u žáka odhadujeme negativnější postoj ke kouření cigaret na základě jeho odpovědí. Některé otázky jsou kódovány inverzně (např. Položka č. 4: Kouření cigaret je zajímavá a lákavá věc – odpověď: spíše nesouhlasím → 4 body. Položka č.2: Kouření je zlá a škodlivá věc – odpověď: spíše nesouhlasím → 2 body). Postojová škála nebyla standardizována ani pilotována, takže slouží pouze pro porovnání odpovědí žáků v rámci této evaluace v konkrétní populaci.

V rámci vyhodnocení byla u prvního testování určena korelace položek vyjadřující vnitřní konzistenci postojové škály. Pearsonův korelační koeficient se u všech deseti položek pohyboval mezi 0,278-0,637, nejvíce konzistentních bylo prvních osm položek (0,499-0,637).

Použil jsem také do velmi jednoduchou doplňkovou metodu měření postoje – stupnici vnímané škodlivosti. Na stupnici 1-5 měl žák ohodnotit, jak moc podle něj škodí cigareta a vodní dýmka.

Odpovědi žáků v komiksových bublinách, které měly vyjadřovat dovednost komunikace v rizikových situacích<sup>38</sup>, byly kvantifikovány podle cílů programu, což ukazuje tabulka 3. 1. Za každou reakci tak mohl žák získat 0-3 body, celkově 0-6 bodů. Plný počet bodů žák získal, pokud splnil všechny žádoucí charakteristiky a neprojevila se žádná z nechtěných charakteristik.

Žádoucí charakteristiky reakce č. 1 (rodič kouří v autě)	Nežádoucí charakteristiky reakce č. 1 (rodič kouří v autě)	Žádoucí charakteristiky reakce č. 2 (odmítnutí cigarety)	Nežádoucí charakteristiky reakce č. 2 (odmítnutí cigarety)
- Mluví sám za sebe - Slušnost - Srozumitelnost prosby +1 bod za každou charakteristiku	- Kritika - Přemlouvání dospělého, ať přestane kouřit úplně - Výmluvy, vtipy -1 bod za každou charakteristiku	- Mluví sám za sebe - Jednoznačnost - Slušnost +1 bod za každou charakteristiku	- Kritika - Nepřátelství - Výmluvy - Omluvy - Nejednoznačnost -1 bod za každou charakteristiku

**Tab. 3. 1. Kvantifikace komunikačních dovedností v dotazníku o kouření**

Příkladem vhodné reakce je „Tati, mohl bys prosím nekouřit v autě? Škodí mi to (3

<sup>38</sup> Za rizikové situace byly určeny tyto: 1. Dítě jede v autě s rodičem, který kouří → žák by se měl chránit před pasivním kouřením minimálně tím, že vhodně požádá rodiče, aby nekouřil v autě. 2. Vrstevník nabízí žákovi cigaretu → žák by měl mít dovednost vhodně odmítnout cigaretu.

body)“, „Mami, nekuř v autě (2 body – neudá osobní důvod proč, může vyznít jako kritika)“ nebo „Ne, díky, nekouřím (3 body)“, příkladem nevhodné reakce může být „Tati, přestaň kouřit, je to nezdravé (1 bod – kritika, přemlouvání)“ „Fuj! Nekuř! (1 bod – kritika, nepřátelství)“ „Promiň, ale nechci (2 body - omluva)“. Pokud žák přijal cigaretu (např. „jo, díky“), nebyla otázka hodnocena. Pokud byla reakce hodně přehnaná nebo nevhodná z hlediska cíle komunikace (př. „Strč si to někam!“ nebo „tak jo, ale jen jednu“), byla reakce hodnocena 0 body. Při hodnocení bylo také uplatňováno pravidlo porovnání, což znamená, že pokud není jasné, že je druhá reakce zlepšením té první, nemůže získat více bodů (např. „Tati, nekuř“ a „Tati, nekuř prosím“ - prosím ve druhé reakci může, ale nemusí vyjadřovat více slušnosti, proto by byly obě reakce hodnoceny 2 body). Toto pravidlo jsem zavedl proto, abych předešel zkreslení výsledků tím, že by statistické výpočty vykazaly zlepšení komunikace, které by ale mohly být založené na bezmyšlenkovitě provedené kvantifikaci.<sup>39</sup>

Pro porovnání vlivu rodičů na kuřácké chování dítěte bylo třeba kvantifikovat 3 otázky týkající se kuřáckého chování a intencí k němu, což souhrnně nazývám jako „sklon ke kuřáckému chování“. Kvantifikaci ukazuje tabulka 3. 2. Zvláště pro kuřáctví cigarety a vodní dýmky tak bylo možné získat 0-6 bodů, přičemž 0 bodů vyjadřuje nulové zkušenosti s kuřáctvím a žádnou intenci k němu, tedy žádný sklon ke kuřáckému chování.

	<b>Cigareta (C)</b>	<b>Vodní dýmka (VD)</b>
<b>1. Kouřil/a jsi za poslední dva týdny aspoň jednu C/VD?</b>	Ano (2) – Ne (0)	Ano (2) – Ne (0)
<b>2. Láká Tě vyzkoušet C/VD?</b>	Ano (2) – Ne (0) – Nevím (1) Už jsem zkoušel/a (2)	Ano (2) – Ne (0) – Nevím (1) Už jsem zkoušel/a (2)
<b>3. Budeš chtít kouřit, až budeš starší?</b>	Ano (2) – Ne (0) – Nevím (1)	Ano (2) – Ne (0) – Nevím (1)

**Tab. 3. 2. Kvantifikace sklonu ke kuřáckému chování respondenta**

Sklony ke kuřáckému chování byly využity v souvislosti s hodnocením vlivu rodičů na kuřácké chování dítěte a dále při porovnání odpovědí žáků v testu a retestu pro hodnocení efektu programu Típn to I. Pro evaluaci v tomto věkovém ročníku jsem raději zvolil kritérium, které se obrací více do budoucnosti než do současnosti. Předpokládal jsem totiž na základě monitorování prevalence kuřáctví ve věku 13 let (Sovinová, 2014), že mnoho žáků bude sice už mít za sebou zkušenost s cigaretou, ale málokdo z nich se bude

<sup>39</sup> Kvantifikace komunikace z dotazníku viz příloha 7

považovat za kuřáka a prevalence týdenního kuřáctví nemusí být ještě tak vysoká. Navíc by se v souvislosti s dotazy na kuřácké chování u dětí mohly aktivovat některé obrany spojené s vyplňováním dotazníku ve škole, zvolil jsem proto převahu otázek ptajících se na budoucí intence. Tyto otázky jsem také záměrně zařadil na konec dotazníku.

Nicméně nejen v případě otázek na kuřácké chování může být problematickou částí vyhodnocení dotazníku to, že na některé položky nemusí chtít někteří žáci z různých důvodů odpovědět pravdivě. Při zadávání bylo proto zdůrazněno, že data jsou anonymní a dotazníky neuvidí nikdo z učitelů ani se s nimi nebude jinak pracovat kromě anonymního statistického vyhodnocení. Přesto se stalo, že byly z analýzy vyřazeny některé dotazníky, které vypadaly nějakým způsobem podezřele či odbytě (příliš stručné odpovědi, stále stejná odpověď u postojové škály apod.).

### **3. 8. Etické aspekty výzkumu**

Eticky problematickou částí výzkumu může být to, že evaluaci neprovádím jako nestranný pozorovatel, ale jako výzkumník, který je pracovně vázán k zadavateli evaluace. To by bylo samozřejmě zcela nepřipustné v případě, kdy by se jednalo o normativní evaluaci. V případě formativní evaluace se to může ukázat jako užitečné (program znám velmi dobře a mám usnadněný vstup do terénu), je však nutné neustále reflektovat případné vedlejší či prospěchové pohnutky, které by mohly ovlivnit průběh získávání a analýzy empirických dat či jejich interpretaci. Jednou z nich může být, že s výjimkou dvou programů jsem hodnocené programy vedl já, což znamená, že jsem mohl mít motivaci snažit se, aby evaluace dopadla co nejlépe. Proto jsem si v procesu provádění evaluace vedl reflektivní deník a své kroky průběžně konzultoval s metodickým týmem ČKPT. Pokud jsem si například nebyl jistý kvantifikací komunikačních dovedností, poprosil jsem o radu své spolupracovnice.

Samozřejmostí je anonymizace účastníků výzkumu, což je ovšem problematické u pracovníků ČKPT, s kterými byly dělány rozhovory. Proto u nich byly změněna jména a některé další skutečnosti, které by mohly vést k jejich rozpoznání.

Účastníci výzkumu byly s účelem evaluace dopředu seznámeni a informováni o jeho průběhu i dobrovolnosti se ho zúčastnit. Pro případné pozdější přezkoumání dat jsou na bezpečném místě uchována i hrubá data – jedná se o vyplněné dotazníky a nahrávky rozhovorů<sup>40</sup>.

---

40 Přepsaná empirická data, ze kterých jsem vycházel při analýze dat, jsou součástí příloh, pozn. aut.

#### 4. ANALÝZA A INTERPRETACE EMPIRICKÝCH DAT

V této části představím analýzu a interpretaci sebraných dat. Uvádím zde pouze hlavní výsledky, kompletní analýza dat je součástí příloh. Vzhledem k velkému rozsahu výzkumných otázek uvádím pro zvýšení přehlednosti textu rovnou s výsledky také základní interpretaci dat.

##### 4. 1. Deskripce výzkumného souboru – analýza dotazníku

Následující tabulka uvádí základní demografické charakteristiky respondentů ve výzkumném souboru. Názvy škol byly anonymizovány kódem, třídy pořadovým číslem. První písmeno kódu značí, zda se jednalo o základní školu (Z) nebo o gymnázium (G). Ve všech případech se jednalo o sedmé třídy, respektive o sekundy.

Kód školy - kód třídy	Počet dětí	Chlapci	Dívky	Průměrný věk	Kouří otec	Kouří matka	Kouří oba
ZA1 - 1	15	6	9	13 let	4 (27%)	6 (40%)	3 (20%)
ZB1 - 2	12	7	5	12,8 let	5 (42%)	4 (33%)	3 (25%)
ZB2 - 3	12	6	6	12,9 let	6 (50%)	4 (33%)	3 (25%)
ZB3 - 4	18	10	8	12,7 let	4 (22%)	4 (22%)	2 (11%)
GA1 - 5	21	13	8	12,8 let	5 (24%)	2 (10%)	1 (5%)
GA2 - 6	11	6	5	12,3 let	2 (20%)	0 (0%)	0 (0%)
ZC1 - 7	21	13	8	13,1 let	11 (52%)	9 (43%)	6 (30%)
ZC2 - 8	20	12	8	13,2 let	11 (55%)	12 (60%)	6 (30%)
GB1 - 9	23	12	11	13,1 let	2 (9%)	4 (17%)	2 (9%)
GB2 - 10	27	14	13	13 let	3 (11%)	2 (7%)	2 (8%)
ZD1 - 11	10	4	6	12,7 let	3 (30%)	1 (10%)	1 (10%)
ZD2 - 12	12	8	4	12,9 let	5 (42%)	3 (25%)	3 (25%)
Celkem	202	111	91	12,9 let	61 (30%)	51 (25%)	32 (16%)
Základní školy	120	66	55	12,9 let	49 (41%)	43 (36%)	27 (23%)
Gymnázia	82	45	36	12,8 let	12 (15%)	8 (10%)	4 (5%)

**Tab. 4. 1. Základní deskripce demografických charakteristik  
ve výzkumného souboru**

Podíváme-li se na výzkumný soubor jako na celek z hlediska demografických údajů,



zdá se, že velmi přesně kopíruje rozložení kuřáků v obyvatelstvu. Za předpokladu, že žáci vždy uvažovali oba rodiče, je ve výzkumném souboru u rodičů respondentů 28% kuřáků, přičemž prevalence kuřáctví v roce 2013 byla 30% (Sovinová, 2014). Potvrzuje se také statistický předpoklad, že v populaci častěji kouří muži než ženy (což se projevilo u všech tříd s výjimkou dvou – 1, 9).

Pokud se ovšem podíváme blíže, můžeme pozorovat některé rozdíly. Pokud bychom uvažovali pouze studenty gymnázia, byla by prevalence kuřáctví rodičů studentů víceletých gymnázií pouhých 12%. To je výrazně méně, než je populační průměr, nicméně vzhledem k tomu, že podle statistik je nižší prevalence kouření cigaret u vysokoškolsky vzdělaných lidí než u těch s nižším vzděláním (Sovinová, 2014) a akademické kompetence jsou protektivním faktorem před užíváním tabáku (Bergen, 2004), není to tak překvapivé.

Za pozornost na druhé straně stojí vyšší prevalence kuřáctví rodičů u žáků na základních školách ve výzkumném souboru – 38%. Tuto prevalenci však zkreslují dvě třídy stejné základní školy – ZC1-7 a ZC2-8. Pokud bychom nezapočítali tuto školu, byla by prevalence kuřáctví rodičů žáků základních škol ve výzkumném souboru 31%. Na druhé straně podíl kouřících rodičů u žáků tříd 7 a 8 by byl 52%. Tento rozdíl může být daný tím, že v této škole je více dětí ze sociálně slabších rodin a chudoba je jedním z výrazných rizikových faktorů užívání tabáku (Burkhart, 2009).

Reflektovanou heterogenitu souboru je vhodné brát během další analýzy na zřetel. Můžeme jí navíc využít při zkoumání vlivu rodičů na kuřáctví jejich dětí a při některých dalších analýzách.

Výzkumný soubor (VS) tedy můžeme rozdělit na tři podsoubory podle prevalence kuřáctví u rodičů žáků.

1. Podsoubor G – studenti sekund víceletých gymnázií, celkem 82 respondentů, třídy 5, 6, 9, 10. Prevalence kuřáctví rodičů žáků – 12%.

2. Podsoubor ZŠ – žáci základních škol, celkem 79 respondentů, třídy 1, 2, 3, 4, 11, 12. Prevalence kuřáctví rodičů žáků – 31%.

3. Podsoubor ZC – žáci základní školy ZC, celkem 41 respondentů, třídy 7, 8. Prevalence kuřáctví rodičů žáků – 52% (rizikový faktor z hlediska užívání tabáku).

Ve sledovaných parametrech<sup>41</sup> nebyl zaznamenán rozdíl mezi pohlavími s výjimkou pozitivnějších postojů ke kouření u chlapců oproti dívkám (Mann-Whitney U test:  $p=0,006 \rightarrow p<0,01$ ). Zdánlivý rozdíl byl vysledován v parametru „sklon ke kuřáckému chování u

---

41 tj. postoje, sklony ke kuřáckému chování, znalosti, hodnocení škodlivosti cigaret a vodních dýmek, dovednost komunikace pozn. aut.

vodní dýmky“ - chlapci: 1,07, dívky: 0,87, který však nebyl statisticky významný (Mann-Whitney U test:  $p=0,111 \rightarrow p>0,05$ ).

U všech sledovaných proměnných nebylo na základě Kolmogorov-Smirnova testu normality prokázáno normální rozložení, z důvodu čehož byly při statistické analýze využity neparametrické testy.

#### 4. 2. Vliv kuřáctví rodičů na kuřácké chování žáků – analýza dotazníku

V rámci analýzy potřeb jsem rozhodl sledovat vliv kuřáctví rodičů na kuřácké chování dítěte. V rámci mého výzkumného souboru můžeme zhodnotit tento vliv dvěma způsoby.

Za prvé můžeme porovnat podsoubory G (gymnázia), ZŠ (základní školy) a ZC (základní škola C ), o kterých víme, že se výrazně liší v kuřácké prevalenci rodičů žáků (12% : 31% : 52%). Tabulka 4. 2. ukazuje porovnání sklonu ke kouření cigaret u zmíněných podsouborů.

	Kvantifikace sklonu ke kouření cigaret	Kouření v posledních 2 týdnech	Láká tě vyzkoušet cigaretu?	Budeš chtít kouřit cigarety, až budeš starší?
VS	0,80	Ano: 11 (5%) Ne: 191 (95%)	Ano: 2 (1%) Ne: 143 (71%) Nevím: 11 (5%) Zkoušel jsem: 46 (23%)	Ano: 5 (2%) Ne: 175 (87%) Nevím: 23 (11%)
G	0,56	Ano: 2 (2%) Ne: 80 (98%)	Ano: 2 (2%) Ne: 63 (78%) Nevím: 6 (7%) Zkoušel jsem: 11 (13%)	Ano: 1 (1%) Ne: 73 (89%) Nevím: 8 (10%)
ZŠ	0,70	Ano: 5 (6%) Ne: 74 (94%)	Ano: 0 (0%) Ne: 58 (73%) Nevím: 3 (4%) Zkoušel jsem: 18 (23%)	Ano: 2 (3%) Ne: 56 (93%) Nevím: 3 (4%)
ZC	1,46	Ano: 4 (10%) Ne: 37 (90%)	Ano: 0 (0%) Ne: 22 (54%) Nevím: 2 (5%) Zkoušel jsem: 17 (41%)	Ano: 2 (5%) Ne: 27 (66%) Nevím: 12 (29%)

**Tab. 4. 2. Sklony ke kouření cigaret u žáků v podsouborech G, ZŠ a ZC.**

Prevalence týdních kuřáků cigaret ve věku 13 let byla dle studie HBSC z roku 2010 9,7%, což se ukázalo pouze v podsouboru ZC (10%), kde bychom ovšem vzhledem k okolnostem očekávali spíše vyšší prevalenci. Tato data se proto jeví podhodnocená a minimálně v této položce se může projevat strach žáků z uvedení pravdivé odpovědi.

Ve všech otázkách se však projevují rozdíly mezi podsoubory, přičemž tyto rozdíly jsou statisticky významné při porovnání podsouboru ZC a G (Mann-Whitney U test,  $p=0,000 \rightarrow p<0,01$ ) a při porovnání podsouboru ZC a ZŠ (Mann-Whitney U test,  $p=0,001 \rightarrow p<0,05$ ). Statisticky nevýznamný je rozdíl mezi podsouborem ZŠ a G (Mann-Whitney U test,  $p=0,153 \rightarrow p>0,05$ ). Podle očekávání se tak prokázal rozdíl ve sklonu ke kouření cigaret podle rozdělení do různých skupin dle kuřáctví rodičů. Výsledky ovšem mohou zkreslovat jiné proměnné, například prostředí školy ZC.

Porovnání sklonu žáků ke kouření vodní dýmky ukazuje tabulka 4. 3.

	Kvantifikace sklonu ke kouření vodní dýmky	Kouření vodní dýmky v posledních 2 týdnech	Láká tě vyzkoušet vodní dýmku?	Budeš chtít kouřit vodní dýmku, až budeš starší?
VS	0,98	Ano: 7 (3%) Ne: 195 (97%)	Ano: 29 (14%) Ne: 126 (63%) Nevím: 23 (11%) Zkoušel jsem: 24 (12%)	Ano: 10 (5%) Ne: 157 (78%) Nevím: 35 (17%)
G	0,98	Ano: 3 (4%) Ne: 79 (96%)	Ano: 19 (23%) Ne: 50 (61%) Nevím: 5 (6%) Zkoušel jsem: 8 (10%)	Ano: 3 (4%) Ne: 70 (85%) Nevím: 9 (11%)
ZŠ	0,78	Ano: 1 (1%) Ne: 78 (99%)	Ano: 6 (8%) Ne: 54 (68%) Nevím: 12 (15%) Zkoušel jsem: 7 (9%)	Ano: 3 (4%) Ne: 60 (76%) Nevím: 16 (20%)
ZC	1,37	Ano: 3 (7%) Ne: 38 (93%)	Ano: 4 (10%) Ne: 22 (53%) Nevím: 6 (15%) Zkoušel jsem: 9 (22%)	Ano: 4 (10%) Ne: 27 (66%) Nevím: 10 (24%)

**Tab. 4. 3. Sklony ke kouření vodní dýmky u žáků v podsouborech G, ZŠ a ZC.**

Ve sklonech ke kouření vodní dýmky se ukázal rozdíl v populaci studentů víceletých gymnázií, kteří vykazují vyšší sklony ke kouření vodní dýmky než podsoubor žáků základních škol ZŠ a to statisticky významně (Mann-Whitney U test,  $p=0,446 \rightarrow p<0,05$ ), přičemž rozdíl mezi podsouborem G a ZC statisticky významný není (Mann-Whitney U test,  $p=0,075$ ,  $p>0,05$ ). Je zde však důležitý kvalitativní rozdíl – zatímco žáci základní školy ZC mají s kouřením vodní dýmky více zkušeností, studenti víceletých gymnázií častěji uvádějí úmysl vyzkoušet vodní dýmku. Statisticky významný rozdíl se pochopitelně prokázal mezi podsouborem ZC a ZŠ (Mann-Whitney U test,  $p=0,005 \rightarrow p<0,01$ ).

Nemáme k dispozici statistiky týkající se prevalence kuřáctví vodní dýmky pro

věkovou skupinu 13 let<sup>42</sup>, můžeme však předpokládat, že tato data jsou méně podhodnocená než v případě kouření cigaret, pokud vůbec. Větší zájem o vodní dýmky u studentů víceletých gymnázií lze dát do souvislosti s tím, že častějšími uživateli vodních dýmek jsou v dospělé populaci vysokoškolsky vzdělaní lidé (Sovinová, 2014). Každopádně se na základě těchto výsledků zdá, že nemůžeme říct, že by kouření cigaret u rodičů jednoznačně souviselo s kuřáctvím vodních dýmek jejich dětí, i když se prokázaly rozdíly v podsouborech ZC a ZŠ.

Pro další analýzu vlivu kuřáckého vzoru rodičů jsem rozdělil všechny žáky ve výzkumném souboru do čtyř podskupin.

Podskupina 0 – v rodině žáka nekouří ani jeden z rodičů (122 respondentů).

Podskupina 1 – v rodině žáka kouří pouze matka (19 respondentů).

Podskupina 2 – v rodině žáka kouří pouze otec (29 respondentů).

Podskupina 3 – v rodině žáka kouří oba rodiče (32 respondentů).

Tyto podskupiny jsem porovnal z hlediska sklonu ke kouření cigaret a vodních dýmek a z hlediska postoje ke kouření cigaret a znalostí v tabákové problematice získané při prvním měření. Průměrné výsledky v jednotlivých podskupinách společně s pozorovanou hladinou významnosti u Kruskal-Wallisovy analýzy rozptylu shrnuje tabulka 4. 4., hvězdičkou jsou označeny statisticky významné rozdíly.

Skupina	Sklon ke kouření cigaret	Sklon ke kouření vodní dýmky	Postoj ke kouření cigaret	Znalosti o rizicích tabáku
0 (nikdo nekouří)	0,52	0,86	42,64	5,97
1 (matka kouří)	1,21	0,95	40,42	6,05
2 (otec kouří)	0,66	0,83	41,14	5,59
3 (oba kouří)	1,72	1,59	37,45	5,13
p	0,000*	0,061	0,000*	0,196

**Tab. 4. 4. Vliv kuřáctví rodičů na sklon ke kuřáckému chování, postoj ke kouření cigaret a znalosti o tabáku**

Potvrdilo se tedy, že rodičovské kuřáctví cigaret nemusí mít přímý vliv na kuřáctví vodní dýmky u svých dětí. Stejně tak se nezdá, že by kuřáctví rodičů mělo nějakou souvislost s úrovní znalostí žáků.

<sup>42</sup> Ve věkové skupině 15-24 let je 6,1% prevalence kuřáctví vodní dýmky (Sovinová, 2014).

Pokud porovnáme vliv otce a matky, má na základě výsledků větší vliv matka, a to zejména na sklony ke kouření cigaret (Mann-Whitney U test,  $p=0,044 \rightarrow p<0,05$ ). Může se zdát, že větší vliv má matka také na formování postojů ke kouření, zde se ovšem rozdíl neukázal statisticky významný (Mann-Whitney U test,  $p=0,479 \rightarrow p>0,05$ ).

Na základě uvedených analýz přijímám hypotézy H1 (tj. děti kuřáků mají pozitivnější postoj ke kouření cigaret než děti nekuřáků) a H2 (tj. kuřáctví matky ovlivňuje kuřáctví dítěte více než kuřáctví otce).

#### 4. 3. Důvody žáků proč kouřit/nekouřit – analýza dotazníku

Na základě odpovědí žáků v dotazníku o kouření se nyní pokusím odpovědět na dílčí výzkumnou otázku O4 týkající se udávaných důležitých důvodů, proč je podle žáků dobré kouřit či nekouřit. V písemném i ústním zadání bylo zdůrazněno, že se má jednat o důvody, podle kterých by se žáci sami rozhodovali, tedy, které jsou pro ně osobně důležité.

Odpovědi žáků jsem shrnul do kategorií (viz tab. 4. 5. a 4. 6.) uvádím je včetně jejich četnosti v první i druhé fázi sběru dotazníku, pro dokreslení připojuji některé příklady.

<b>Tab. 4. 5. Udávané důvody žáků 7. tříd proč kouřit</b>	test	retest
<b>Stres</b> (Na chvilku přestanu myslet na špatné věci normálního dne; chvíli zlepši náladu; prý to pomáhá na stres; kvůli stresu)	39	39
<b>Kamarádi</b> (Je to fajn dát si s kamarády; společenské; kouří kamarádi, rodiče)	10	10
<b>Frajeřina</b> (Jsi rebel; abych byl hustej) Abych nevypadal jako srab Připadám si starší	10 1 1	3 0 1
<b>Chuť</b> (má to dobré příchutě)	4	2
<b>Zábava</b> (lákavé; sranda)	3	2
<b>Hubnutí</b> (Abych byla hubená; Abych nemusela tolik jíst)	2	1
<b>Experimentování</b> (zvědavost; člověk by si měl zkusit všechno)	2	1
<b>Proč ne?</b> (není to tak hrozné; je to lepší než spousta dalších špatných návyků a je to legální)	2	0

<b>Tab. 4. 6. Udávané důvody žáků 7. tříd proč nekouřit</b>	test	retest
<b>Zdraví</b>	155	152
rakovina (plic)	31	40
vzhled (vlasy, vrásky)	6	9
zubní nemoci	3	7
jaterní nemoci	2	1
paměť	1	0
infarkt	0	1
odumření prstu	0	1
špatná imunita	0	1
<b>Peníze</b>	65	94
<b>Zápach</b>	49	64
<b>Vztahy</b>	34	57
(vadí to lidem kolem mě, vytváří jakousi hranici mezi kuřáky a nekuřáky ve společnosti)		
Problémy v osobních vztazích	4	11
<b>Závislost</b>	19	19
Bez potřeby dát si cigaretu je člověk víc svobodný	1	1
<b>Proč ano?</b> (je to na nic; zbytečnost, nijak mě to neláká)	7	7
<b>Sport</b>	5	6
<b>Odpor</b> (je to hnusný; fuj)	4	5
<b>Životní prostředí</b> (ničí to životní prostředí)	3	3
Problémy v práci	1	0
„Ztratil bych sebeúctu“	1	0
„V našem věku snad kouří jen ubožáci ne? <sup>43</sup> “	1	0
„Když ho líbáš, je to jak líbat popelník“	1	0

Nejčastěji udávaný důvod pro kouření cigaret se týká zvládnání stresu. V některých případech žáci dokonce nabídnou pohled do své reality („na chvíli přestanu myslet na špatné věci normálního dne“). Celkově bylo udáno pět podobných osobních důvodů, přičemž týž respondent vždy zároveň udal, že kouřil cigaretu v posledních dvou týdnech. Minimálně u těchto respondentů tak můžeme konstatovat, že své odpovědi pravděpodobně neměli tendenci zkreslovat.

Druhým nejčastěji udávaným tématem je podle očekávání téma kamarádských vztahů, včetně poměrně dobře reflektované snahy jevit se starším či zajímavějším. Je také zajímavé, že důvody týkající se frajeřiny byly při druhém sběru dat udávány méně.

Nejčastěji udávaným důvodem proč nekouřit je podle očekávání zdraví, které však bylo většinou zmíněno nespécificky. Druhým nejčastějším důvodem byly peníze, přičemž ve

43 V rodině respondenta nikdo nekouří, pozn. aut.

druhém sběru dat zmínilo tento důvod o 29 žáků více. Třetím nejčastějším důvodem byl zápach, který pravděpodobně úzce souvisí se vztahy.

#### 4. 4. Evaluace výsledku z hlediska KAB modelu – analýza dotazníku

Tabulka 4. 7. shrnuje výsledky Wilcoxonova testu pro dva závislé výběry, pro porovnání jsou uvedeny průměry ve sledovaných proměnných, přičemž v závorce je označeno, ke které hypotéze (H3-H9) se výsledná proměnná vztahuje. Hvězdičkou jsou označeny ty rozdíly, které jsou statisticky významné na 1% hladině významnosti.

<b>Znalosti o tabáku 1</b>	<b>Znalosti o tabáku 2 (H3)</b>	<b>Postoj ke kouření 1</b>	<b>Postoj ke kouření 2 (H4)</b>
5,79	8,66 (p=0,000)*	41,41	41,71 (p=0,150)
<b>Vnímaná škodlivost cigaret 1</b>	<b>Vnímaná škodlivost cigaret 2 (H5)</b>	<b>Vnímaná škodlivost vodní dýmky 1</b>	<b>Vnímaná škodlivost vodní dýmky 2 (H6)</b>
4,42	4,46 (p=0,385)	3,63	4,06 (p=0,000)*
<b>Sklon ke kouření cigaret 1</b>	<b>Sklon ke kouření cigaret 2 (H8)</b>	<b>Sklon ke kouření vodní dýmky 1</b>	<b>Sklon ke kouření vodní dýmky 2 (H9)</b>
0,56	0,55 (p=0,420)	0,98	0,86 (p=0,000)*
<b>Dovednost komunikace 1</b>	<b>Dovednost komunikace 2 (H7)</b>		<b>Hodnocení programu Típní to I</b>
4,22	4,51 (p=0,000)*		1,75 (ZŠ: 1,46 G: 1,72; ZC: 2,08)

**Tab. 4. 7. Evaluace výsledku programu Típní to I**

Na základě těchto výsledků přijímám hypotézy H3, H6, H7 a H9<sup>44</sup>.

H7 však přijímám s jistou mírou opatrnosti, neboť dovednost nebyla ověřována in vivo, ale skrze dotazník. Související otázkou je, zda tím žáci zároveň získali kompetenci uplatnit nabytou dovednost v reálném životě. Sledovaný rozdíl může být také efektem zácviu.

Posledně zmiňovaný efekt by se mohl týkat také H3, nicméně v tomto případě to hodnotím jako nepravděpodobné vzhledem k tomu, o jak velký rozdíl se jedná.

<sup>44</sup> Tzn. Žáci mají po absolvování programu Típní to I více znalostí o kouření cigaret (H3), vnímají vodní dýmku jako škodlivější než před programem (H6), mají menší sklony ke kouření vodní dýmky (H9) a umí vhodněji komunikovat v rizikových situacích týkajících se kouření (H7) než před programem.

Dále bylo v rámci položkové analýzy postojové škály zjišťováno, zda došlo k posunu u některých konkrétních otázek. Zjistilo se, že ve druhém měření žáci více souhlasili s tvrzením „mělo by se zakázat kouření ve všech restauracích“ ( $p=0,012 \rightarrow p<0,05$ ) a s položkou „díky kouření může mít člověk více kamarádů“ ( $p=0,000 \rightarrow p<0,01$ ). Průměrná hodnota položky o zákazu kouření v restauracích se posunula k silnějšímu souhlasu ( $1,93 \rightarrow 1,77$ , celkově se zákazem kouření v restauracích souhlasilo 80,2% žáků), otázka o kamarádech a kouření se vychýlila k mírnějšímu nesouhlasu ( $4,23 \rightarrow 3,97$ ).

Co se týče zpětné vazby, 166 žáků žádnou připomínku nenapsalo, 13 komentářů bylo pochvalných (př. Bylo to fajn a užitečné), 7 komentářů kritických (společně se zajímavými pochvalnými komentáři je shrnuje tabulka 4.8., ostatní připomínky jsou součástí přílohy 6).

<b>Tab. 4. 8. Připomínky žáků k programu Típní to I</b>
Více o marihuaně a přichystat si řeči o tom, že to zdraví i prospívá, nejen škodí.
Víc zajímavých věcí; víc her.
Ocenil bych větší zapojení i ostatních dětí.
Pořád řešíme návykové látky ve všech programech; zbytečně moc o tom máme programů, prosím jiné téma.
Moc nadšený nejsem.
Myslím, že je to velmi důležité pravdivě informovat mladé lidi.
Bylo to velmi zajímavé. Dřív bych chtěla vyzkoušet třeba vodní dýmku, ale teď už vím, co za „fuj“ se tam dává a co se potom vdechuje.
Líbí se mi, že přímo nepoukazují na to, že bychom jakožto nová generace neměli kouřit, ale ukazují nám, co to případně může obnášet.

#### **4. 5. Kvalitativní analýza rozhovorů s lektory ČKPT**

Kódování rozhovorů je obsahem přílohy 5. Na tomto místě shrnu nejdůležitější závěry z obsahové analýzy podle položených výzkumných otázek.

##### **4. 5. 1. Cíle preventivních programů kouření podle lektorů ČKPT**

Lektoři vnímají cíle preventivních programů užívání tabáku na několika úrovních. Nejobecnějším cílem je, aby děti nezačaly kouřit vůbec nebo aby aspoň rozhodnutí začít kouřit oddálili do co nejpozdějšího věku.

Problémem je podle lektorů to, že ve vyšších ročnících je ve třídě často téměř polovina kuřáků, takže by se spíše mělo jednat o sekundární či terciární prevenci – tedy měly by se s žáky spíše probírat způsoby odvykání. „Když pak jdeš do devítky, tak hodně z nich kouří.“



*Některý už dokonce zkoušej přestat a moc jim to nejde.“*

Oba lektoři vnímají v prevenci kouření jako důležité téma souvislosti kouření s kamarády a téma možnosti odmítnout cigaretu. „*Myslím že je to i hodně o tom uvědomit si, že ty cigára se můžou odmítnout. Že můžu odmítnout věc, jakoukoli, že kvůli tomu nejsem špatnej. Že si mnohdy myslí, že se z toho nedá vybruslit, že buď budu kouřit nebo přijdu o ty kamarády, otvírá se tady i možnost třetí cesty, jak je chránit a zároveň mít ty kámoše.*“

Obecně má být program zaměřený na formování postojů směrem k cigaretám a v tomto směru má vyvolat u dětí kognitivní disonanci ve smyslu, jak o cigaretách mohou smýšlet a jaké jsou vědecky podložené poznatky a postoj společnosti. S tím souvisí taky rozšíření vnímání tématu kouření tak, že to nesouvisí pouze se zdravím, ale také se vztahy, s penězi, se vzhledem, se zápachem či s narušeným sebeobrazem při neúspěšných pokusech přestat kouřit. Jako nová témata se ukazují být elektronické či mentolové cigarety a vodní dýmky.

Hlavním tématem je u žáků 6.-7. tříd parta kamarádů. Podle Jana je právě v tomto věku důležité naučit se vymezovat vůči návykovým látkám, přičemž „*odmítání cigaret je pro to dobrým tréninkovým hřištěm*“. S tím souvisí to, že žáky tolik nezajímají dlouhodobé zdravotní následky, ale spíše to, jak mohou cigarety působit na vzhled – s čímž souvisí také téma hubnutí. Jako hlavním riziko u dětí v tomto věku vidí lektoři to, že mají touhu poznávat nové věci a zároveň nereflektují zdravotní rizika a zejména riziko závislosti.

#### **4. 5. 2. Nejčastější mýty a nepřesnosti o kouření podle lektorů ČKPT**

Následující tabulka shrnuje nejčastější mýty či nepřesnosti, s kterými se u dětí lektoři programu Típní to I setkávají. Po levé straně následuje stručné faktografické upřesnění.

<b>Tab. 4. 9. Časté mýty a nepřesnosti u žáků týkajících se tabákových výrobků podle lektorů ČKPT</b>	
<b>Mýtus či nepřesnost</b>	<b>Fakta či upřesnění</b>
Skoro všichni dospělí kouří.	Kouří asi 30% populace (39% ve skupině 15-24 let; Sovinová, 2014)
Ve světě je normální kouřit.	V USA kouří 15-21% populace – tj. méně než v ČR, stejně jako ve většině zemí EU (Zvolská, 2012).
Když odmítnu cigaretu, přijdu o kamaráda.	Když odmítám cigaretu, odmítám pouze cigaretu, ne kamaráda. Kamarádství je založené také na jiných věcech (lektor Jan).
Z cigaret hrozí jen rakovina plic.	Cigarety způsobují mnohá další onemocnění, dokonce rakovina plic je až druhým

	nejčastějším onemocněním, na které kuřáci umírají (Králíková, 2015).
Kuřáci mají slabou vůli, kdyby chtěli přestat, prostě přestanou.	Závislost na tabáku je nemoc, 80% kuřáků je fyzicky závislých, 40-70% kuřáků zkouší každý rok neúspěšně přestat, pouze 3% kuřáků se podaří přestat bez jakékoli pomoci (Králíková, 2013; Zvolská, 2012).
Když kouřím jenom párkrát týdně, tak mi nic nehrozí.	Kouření dvou cigaret týdně ve 12 letech zvyšuje pravděpodobnost stát se dospělým silným kuřákem 174x oproti těm, kdo v tomto věku nekouří (Králíková, 2015)
Pasivní kouření je horší než aktivní kouření.	Dávka kouře je ovšem pro aktivního kuřáka vždy větší, navíc tento kuřák je zároveň také pasivním kuřákem (Králíková, 2013).
Na kouření je nejhorší ten smrad (pokud to voní, tak to tolik neškodí).	Pasivnímu kuřákovi hrozí stejné nemoci jako aktivnímu kuřákovi, ať se jedná o jakýkoli kouř – z klasických cigaret, mentolových cigaret nebo vodní dýmky (Králíková, 2013).
Vodní dýmka je zdravá. Ve vodní dýmce se kouří ovoce. Z vodní dýmky jde jenom pára. Voda ve vodní dýmce filtruje škodlivé látky.	Vodní dýmka je v některých ohledech (množství dehtu, oxidu uhelnatého) nebezpečnější než klasické cigarety. Voda ochlazuje kouř (nefiltruje), takže ho pak kuřák může vdechnout větší množství. Nejčastěji se kouří tabákové směsi (Králíková, 2015).
Cigarety jsou dobré na hubnutí.	Zde to není jednoznačné. Na jednu stranu cigarety krátkodobě urychlují metabolismus a zároveň udržují déle pocit nasycení, na druhou stranu je tento efekt umenšován s rozvojem tolerance na nikotinu. Při rozvinutí závislosti je naopak jedním z abstinenčních příznaků zvýšená chuť k jídlu, čím se zvyšuje riziko přibírání váhy až o 10 kg (Králíková, 2013).

#### 4. 5. 3. Silné a slabé stránky programu Típní to I dle lektorů ČKPT

Podle lektorů je silnou stránkou programu to, že se snaží rozvíjet u dětí kritické myšlení a konfrontovat je s vědecky ověřeným pohledem, čímž se snaží u dětí vyvolat kognitivní disonanci. Seminář tak dává určitý prostor pro formování vlastního názoru. Velmi povedená je dle Jana edukační část, která se soustřeďuje na praktické fungování lidského těla. „Zároveň si hodně stojím za tím, že má velký význam edukační část o tom vysvětlit jim jejich jazykem a pomoci jim pochopit, co ty cigarety dělají v jejich těle a s jejich chováním. Myslím, že to funguje a že i tam je ten přesah, jestli si ty děcka uvědomí, jakým způsobem funguje jejich tělo, protože ta elementární neznalost vlastně biologie

*člověka ale ne ve smyslu té teoretické, ale praktické, je prostě příšerná v té populaci. Takže si myslím že v tomhle může ten seminář otevřít dětem hodně souvislostí a má to velkej přesah i jinač.“* Z hlediska aktivit v tomto smyslu dle lektorů nejlépe funguje brainstorming (metoda kritického myšlení, kdy děti pracují v menších skupinách a samy si tedy ujasní, co může kouření způsobovat) a dále denormalizace kouření skrze statistiky situace ve světě, zejména v USA. Za pozitivní lektoři hodnotí také to, že je zde věnován prostor nácvičování odmítání cigaret, i když podle lektora Petra by si to zasloužilo ještě více pozornosti.

Diskutabilní je podle lektora Jana přínosnost úvodního anonymního dotazníku o kuřáckém chování, které sice plní účel evokace, ale bere čas a navíc není nikdo, kdo by data průběžně zpracovával. Aktivita, která ne vždy funguje, je hra na rodinu, neboť tam často mají lektoři problémy s kázní žáků. Podle Petra je z hlediska cílů problematičtější hra na doktory. Žáky to sice baví a detailně si tam osvojí znalosti o kouření, nicméně většinu z těch věcí se dozví už v brainstormingu a hlavně by neměly být dlouhodobá zdravotní rizika hlavním tématem v této věkové skupině.

Diskutovaným tématem je zasazení semináře do komunitního kruhu. Na jednu stranu by to bylo jistě žádoucí z hlediska evokace zážitků, na druhou stranu vyjadřuje Jan pochybnosti v souvislosti s tím, že na to nemusí být žáci zvyklí, pokud se s ním předtím systematicky preventivně nepracuje.

V každém případě by však bylo potřeba vytvořit v rámci semináře větší prostor pro sdílení zážitků a formování vlastních postojů, což by uspořádání do kruhu mohlo přinést. V této souvislosti je otázkou, jak nahradit prezentaci na interaktivní tabuli. Na jedné straně sice přináší do prevence názornost, na druhé straně má přesně dané pořadí, díky čemuž je program méně flexibilní a příliš se podobá přednášce. Někdy to ani nepřináší kýžený výsledek, dětem je například pouštěno video, co se děje v mozku kuřáka z fyziologického hlediska, žáci to však většinou příliš nechápou. Alternativou by podle Petra mohlo být využití zalaminovaných obrázků, které by lektor mohl vytahovat dle potřeby. Slabou stránkou je v tomto směru také to, že program je velmi strukturovaný a na dvě vyučovací hodiny je přitom naplánováno hodně aktivit, které často není možné stihnout. Navíc chybí oslovení tématu hubnutí, téměř žádný prostor není věnován kouření vodní dýmky a elektronické cigarety a nedostatečný prostor je věnován tématu party, vzhledu a důsledkům vytvoření závislosti v dětském věku.

#### 4. 6. Evaluace přípravy – analýza potřeb

Tabulka 4. 10. shrnuje výsledky analýzy potřeb programu Típní to I z hlediska relevantních cílů a potřeb cílové skupiny.

Zdroje, které postulované potřeby podporují, jsou uvedeny zkratkou v závorce, tj. Dv – výsledky programu a potřeby cílové skupiny podle analýzy dotazníku (kap. 4. 1., 4. 2., 4. 4.), Dd – důvody žáků proč kouřit/nekouřit na základě analýzy dotazníku (kap. 4. 3.), R – rozhovory s lektory ČKPT (kap. 4. 4.), Lp – literární řešerše v oblasti systému školské prevence (kap. 2. 1.), Lt – literární řešerše v oblasti rizikového užívání tabáku (kap. 2. 2.), Ls – literární řešerše v oblasti statistik týkajících se prevalence a postojů veřejnosti (kap. 2. 2. 4., 2. 2. 7.), Lk – literární řešerše v oblasti kontroly tabáku a prevence (kap. 2. 3.).

<b>Relevantní cíle programu Típní to I</b>	<b>Důležitá témata pro cílovou skupinu programu Típní to I</b>	<b>Systémová podpora pro zvýšení efektivity programu Típní to I</b>
Snížení prevalence kuřáctví (R, Lp, Lk) Oddálení iniciace v užívání cigaret (R, Lp, Lk) Harm reduction (R, Lp) Podpora kritického myšlení (R, Lk) Denormalizace kouření (R, Lk) Podpora sociálních kompetencí (Lp) – př. nácvik odmítání (R, Lk) Podpora asertivity a sebedůvěry (Lp)	Kamarádství, party (Dd, R, Lp, Lk) Kouření ve společnosti (Dd, R, Lk) Vzhled a kouření (R, Lt, Lk) Kouření a hubnutí (R x Dd) Peníze (Dd, R, L) Vodní dýmka (Dv, R, Lt, Ls) Závislost (Dd, R, Lt) Pasivní kouření (R, Lt, Ls) Elektronické cigarety (R, Lt) Mentolové cigarety (R, Lt, Ls) Nácvik odmítání (R, Lp) Vyvrácení nejčastějších mýtů a nepřesností v souvislosti s kouřením (R, Lt) Stres (Dd, Lp) Zvládání stresu (Lp) Reklama (Lp) [Bezdmý tabák (Lt)]	Návaznost na programy vztahové prevence (R, Lp) Spolupráce s učiteli (R, Lk) Spolupráce s rodiči (Dv, R, Lk) Nekuřácké prostředí školy (Lk) Společenská regulace kouření – kontrola tabáku (Lk)

**Tab. 4. 10. Potřeby programu Típní to I**

Vidíme, že většina položek je podpořena výsledky z více zdrojů. Za důležité považují povšimnout si, že lektori programu neoslovili téma stresu a jeho zvládání, ačkoli byl u žáků 7. třídy nejčastěji udávaným důvodem proč kouřit a figuruje také v doporučeném obsahu minimálního preventivního plánu v prevenci adiktologie (Miovský, 2015b).

Rešerše literatury také upozorňuje na nereflektované téma bezdýmého tabáku, není však jasné, nakolik je pro cílovou skupinu důležité. Je také vhodné si všimnout, že v důležitých tématech není téma dlouhodobých zdravotních následků kouření tabáku. Určitý nesoulad je u tématu hubnutí, protože jej za důležité považují lektori ČKPT, ale jako důvod ke kouření jej uvedly pouze dva žáci.

Potřebu spolupráce s rodiči si lektori ČKPT sice uvědomují, ale zároveň neví, jakými prostředky jí dosáhnout. Za problematickou považují i většinovou spolupráci s učiteli, kteří by podle Jana měli na preventivní program ideálně navázat.

#### 4. 7. Silné a slabé stránky programu Típní to I

Tab. 4. 11. shrnuje na základě všeho výše řečeného silné a slabé stránky programu Típní to I, tedy hlavní výstupy provedené formativní evaluace.

<b>Silné stránky programu Típní to I</b>	<b>Slabé stránky programu Típní to I</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efektivní v krátkodobém zvýšení znalostí o tabáku</li> <li>- Efektivní v krátkodobém snížení sklonů ke kouření vodní dýmky</li> <li>- Efektivní v krátkodobém zlepšení dovednosti komunikovat s rodiči-kuřáky a odmítnutí nabízené cigarety</li> <li>- Po programu silnější souhlas s tvrzením „mělo by se zakázat kouření v restauracích“</li> <li>- Zaměření na rozvoj kritického myšlení</li> <li>- Edukační část o zdravotních následcích kouření (praktická biologie) a financích</li> <li>- Odbornost lektorů (praxe na lince odvykání kouření, adekvátnost poskytovaných informací)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neefektivní v krátkodobé změně postoje ke kouření cigaret</li> <li>- Neefektivní v krátkodobém snížení sklonů ke kouření cigarety</li> <li>- Malý prostor pro evokaci a sdílení (velký podíl frontální výuky)</li> <li>- Malá flexibilita programu + příliš mnoho aktivit, které často není možné stihnout</li> <li>- Příliš velké zaměření na dlouhodobé zdravotní následky kouření a na znalosti</li> <li>- Nedostatečně jsou oslovována důležitá témata pro tuto cílovou skupinu: parta, kamarádství, vzhled, závislost</li> <li>- Není osloveno téma hubnutí</li> <li>- Malý prostor pro jiné formy užívání tabáku než cigareta</li> </ul>
<b>Přítomné žádoucí stránky prevence, ale v nedostatečné míře</b>	<b>Nezamýšlené vedlejší efekty</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nácvik odmítání (ano, ale málo prostoru)</li> <li>- Kombinace mnohačetných strategií (ano, ale převažuje zaměření na informace)</li> <li>- Využití peer prvku</li> <li>- Kontinuita působení (návaznost seminářů je škole doporučována, ale není zajištěna)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- po programu mírnější nesouhlas s tvrzením „díky kouření může mít člověk více kamarádů“ než před programem</li> </ul>

**Tab. 4. 11. Formativní evaluace programu Típní to I**

V rámci položkové analýzy bylo odhaleno, že v rámci druhého měření vyjádřili žáci mírnější nesouhlas s tvrzením „díky kouření může mít člověk více kamarádů“ než před programem. Tento fakt je nutné považovat za významný vzhledem k tomu, že v sedmých třídách je důležitým tématem spojení kouření s přátelstvím. V tomto smyslu by se z hlediska hlavních cílů jednalo o důležitý nezamýšlený účinek programu.

Jedním z možných vysvětlení tohoto efektu by mohlo být, že se o kuřácích na programu více mluví jako o nemocných, kterým je třeba pomoci. To může zvýšit toleranci ke kuřákům i u žáků, kteří byli předtím proti nim silně vyhranění. V takovém případě by ovšem bylo otázkou diskuze, zda je tento efekt chtěný nebo nechtěný. Na jednu stranu je totiž takové vztahování se ke kuřákům jistě eticky správné a může mít i svůj preventivní význam. Na druhou stranu však může takový názor vést k častějšímu pobytu mezi kuřáky a tím k většímu riziku užívání tabáku. Je třeba vzít do úvahy také efekt regrese ke střední hodnotě, nicméně u ostatních položek postojové škály se toto neprojevalo.

Za asi nejvážnější slabinu programu je nutné považovat malou flexibilitu programu, malý prostor pro sdílení zážitků mezi spolužáky a fakt, že svým zaměřením na dlouhodobé zdravotní následky nemusí být vhodně designovaný pro cílovou skupinu žáků 7. tříd. Na druhou stranu lze navázat na kvalitní edukační část, včetně nácviku odmítání a využití metod kritického myšlení.

## 5. DISKUZE

Za hlavní slabiny provedené formativní evaluace lze považovat to, že nebyla využita kontrolní skupina a nebyly kontrolovány další vnější proměnné, což může snižovat validitu výsledků.

Dalším omezením je to, že evaluované programy byly realizovány pouze dvěma lektory, přičemž u devíti z programů jsem jím byl já. Je tedy obtížné odhadnout, nakolik lze výsledky hodnocení efektivity přičítat metodice programu a nakolik osobnímu vkladu konkrétních lektorů, neboť osobnost realizátora prevence může z velké části ovlivnit efekt programu (Miovský, 2015).

I přes uvedené výhrady lze výsledky považovat převážně za validní vzhledem k tomu, že závěry z různých zdrojů se shodují. Neshodující se byla pouze důležitost tématu kouření a hubnutí v 7. třídách. Toto téma by se totiž dalo v cílové skupině považovat za důležité vzhledem k rozhovorům s lektory a předpokladu založeném na rešerši literatury - vzhled a kontrola hmotnosti je důležitý jak pro prevenci kouření (Žaloudíková In Králíková, 2013), tak pro rozhodnutí přestat kouřit (Králíková, 2015). Nicméně hubnutí jako důvod ke kouření v dotazníku uvedli pouze dva žáci. To samozřejmě neznamená, že by se tímto tématem neměla prevence kouření zajímat, nicméně uvedená skutečnost pravděpodobně o to více zdůrazňuje důležitost zacílení na téma kamarádských vztahů a zvládání stresu v konkrétní věkové skupině. Je možné, že téma cigaret a hubnutí bude aktuálnější u starších žáků.

Zmíněné nevýhody provedené evaluace však mohou být vyváženy tím, že se jednalo o evaluaci s nízkými náklady, a to jak z hlediska nízkých finančních nákladů, tak z hlediska času potřebného k jejímu provedení. Hledisko ekonomičnosti je také jedním z důležitých znaků efektivní evaluace (Martanová, 2012). Navíc evaluace splnila konečný cíl, kterým bylo výhradně sesbírání podkladů pro zlepšení programu.

V rámci analýzy potřeb bylo v souladu s jinými výzkumy (Merikangas 2000; Li, 2002; Kumpfer, 2004, Foltová, 2012) zjištěno, že kuřáctví rodičů ovlivňuje prevalenci kuřáctví dětí a že vliv má zejména kouření matky. Děti z kuřáckých rodin mají také tolerantnější postoj ke kouření a jsou obtížněji ovlivnitelné preventivními programy (Hrubá, 2012). Je zde ovšem obtížné dokázat, zda je hlavní příčinou v tomto případě vzor chování rodičů či genetické predispozice k snadnějšímu vzniku závislosti na psychoaktivních látkách (Žídková-Hirschfeldová In Králíková, 2013). Ve výzkumu Foltové (2012) se nicméně neukázala souvislost silného pití alkoholu rodičů s konzumací alkoholických nápojů u svých dětí, ale prokázala se souvislost silného kouření rodičů s kuřáctvím dětí, a to

zejména v souvislosti s kouřením matky. Z toho lze usuzovat, že větší vliv může mít v případě kouření vzor chování rodičů než genetické dispozice k snadnějšímu vzniku látkové závislosti.

Není ovšem jasné, jak by s tímto faktem mohly naložit školské preventivní programy. Jednou z možností by například mohlo být rozdávání letáků informujících o možnostech odvykání, které by děti mohly rodičům předat.

Obecně se zdá, že chlapci jsou náchylnější k riziku užívat psychoaktivní látky (Rey, 2004; Sung, 2004), což se v mém výzkumném souboru projevilo tím, že chlapci měli méně negativní postoj ke kouření než dívky. Děti ve věku 11 let dle výzkumu Hrubé (2012) také více tolerují kouření mužů než kouření žen. Je možné, že i ve společnosti je přítomná větší tolerance kouření u mužů než u žen, což se může projevovat také vyšší prevalencí kuřáctví u mužů (Sovinová, 2014). Tento předpoklad otevírá prostor pro úvahu o souvislosti společenských norem a většího vlivu kuřáctví matky na kouření svých dětí. Je například možné, že pokud by kouřil stejný počet mužů a žen a kouření by bylo společensky tolerováno stejně pro obě pohlaví, možná by se zmenšil vliv kuřáckého vzoru matky. Tento předpoklad by ještě více podporoval snahu o denormalizaci kouření ve společnosti v rámci kontroly tabáku (Králíková, 2015).

Z hlediska evaluace výsledku programu Típní to I je poněkud zarážející, že se ukázala efektivita programu v ovlivnění sklonu ke kouření vodní dýmky, i když se v rámci metodiky programu jedná o okrajové téma – vodní dýmka může být oslovena v brainstormingu, pokud žáci projeví zájem. Je ovšem možné, že právě díky projevenému zájmu pak mohou být žáci otevřenější případné intervenci. Navíc je kolem vodní dýmky mnoho mýtů, takže pouhé jejich vysvětlení může přinést kýžený efekt. Nabízí se hypotéza, zda by mohl být věk 7. třídy senzitivním obdobím k ovlivnění postoje k vodní dýmce.

S uvedeným souvisí předpoklad, že budoucí výzkumy prevence užívání tabáku by se mohly a měly stále více zaměřovat na jiné tabákové výrobky než na cigarety, především na vodní dýmku, bezdýmý tabák a elektronické cigarety.

Téma prevence rizikového užívání elektronických cigaret je v současnosti zcela nezpracováno. Na jednu stranu se zdá, že e-cigarety mají oproti klasickým cigaretám řadu výhod – méně ohrožuje zdraví kuřáků vzhledem k tomu, že zde nedochází ke spalování a snižuje riziko pasivního kouření (Králíková, 2015), na druhou stranu může podporovat opětovnou normalizaci kouření a zvýšení atraktivity kouření pro mladé lidi. V budoucích studiích by tedy bylo žádoucí mapovat postoje adolescentů k elektronickým cigaretám, mohlo by být například zajímavé porovnat rozdíly ve vnímání klasických a elektronických



cigaret u mladých lidí.

V mém výzkumném souboru se dále potvrdilo, že i když obecně žáci podceňují zdravotní rizika kouření, jsou poměrně kriticky zaměřeni na kouření ostatních. Podle šetření GYTS z roku 2011 souhlasí 70% dotázaných ve věku 13-15 let se zákazem kouření na veřejných místech (Sovinová, 2014). V mém souboru žáků 7. tříd souhlasilo se zákazem kouření ve všech restauracích v prvním měření 80,2% (silně souhlasilo 44,6%) a v druhém měření 82,7% (silně souhlasilo 54,5%). V této položce došlo jako u jediné v rámci postojové škály k posunu k silnějšímu souhlasu. Na základě tohoto faktu se dá uvažovat, že by v prevenci kouření mohla být účinnější diskuze o kouření ve společnosti a s tím souvisejícími zdravotními následky pasivního kouření, než edukace o zdravotních následcích u aktivních kuřáků.

Důležitým tématem v prevenci kouření tabáku je souvislost kouření s vytvářením kamarádkých vztahů, s čímž souvisí nutnost rozvíjení sociálních dovedností žáků, které jsou spojené například s odmítáním nabízené cigarety. Rizikové je v tomto případě přesvědčení žáků, že kuřáci mají více přátel, což si myslí asi třetina žáků základních škol (dle Greplová, 2013), v mém výzkumném souboru ovšem s tvrzením „díky kouření může mít člověk více kamarádů“ souhlasilo menší počet žáků, v prvním měření pouze 7,5% a ve druhém 12,8%.

Z hlediska evaluace je důležité všimnout si rozdílu v prvním a druhém měření, který je možné považovat za nezamýšlený vedlejší efekt, který může být na jedné straně způsoben zvýšením tolerance ke kuřákům (v rámci programu se o nich mluví jako o nemocných, kteří si nezaslouží kritiku, ale spíše podporu, aby dokázali přestat s kouřením), na druhé straně nevhodně či nedostatečně osloveným tématem přátelství a kouření. Programy primární prevence by se tedy tomuto tématu měly věnovat ve větší míře a s velkou mírou opatrnosti.

Zcela neosloveným tématem u evaluovaného programu Típní to I je souvislost kouření a zvládání stresu, přičemž stres jako důvod ke kouření uvedlo asi 15% žáků, ale v rozhovorech s lektory toto téma přímo nezaznělo, i když figuruje v doporučeném obsahu minimálního preventivního programu (Miovský, 2015b). Toto téma je pravděpodobně skryto v tématu závislosti na tabáku, je ovšem nutné zdůraznit, že preventivní programy zaměřené na látkové závislosti by měly nabízet alternativu k jinému zvládání stresu, než skrze užívání psychoaktivních látek. S tím souvisí to, že schopnost sebekontroly je společně s akademickými kompetencemi důležitým protektivním faktorem v užívání návykových látek (Wills, 2001; Bergen, 2004).

Za silnou stránku programu je naopak nutné považovat práci s metodami kritického myšlení, které podporují protektivní faktor akademické kompetence (Burkhart, 2009). Také z hlediska požadavků na efektivní program specifické prevence dle Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů prevence (Martanová, 2012) hodnocený program splňuje téměř všechny požadavky (je systematický a dlouhodobý, využívá komplexní působení skrze KAB model, je navázaný na další preventivní působení, začíná v časném věku, využívá peer prvku a denormalizace), v některých ohledech však působí nedostatečně (sice využívá komplexní a interaktivní působení, ale převažuje zaměření na edukaci o dlouhodobých zdravotních následcích) a zejména není zcela přesně designovaný na konkrétní věkovou skupinu žáků 7. tříd z hlediska jejich potřeb, což již bylo diskutováno výše. Lze shrnout, že program „Típni to I“ využívá adekvátních forem působení, ale není vhodně zacílen z hlediska témat aktuálních pro danou věkovou skupinu.

Výstupy z provedené formativní evaluace byly primárně použity k vytvoření nové metodiky programu, která ještě více posílila interaktivitu a je lépe zacílená na konkrétní věkovou skupinu z hlediska oslovovaných témat. Výsledky však lze také využít k širší diskuzi o tom, co by měly obecně splňovat preventivní programy zaměřené na oblast rizikového užívání tabáku.

## 6. ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala formativní evaluací primárně preventivního programu České koalice proti tabáku (ČKPT) „Típní to I“ zaměřeného na rizikové užívání tabáku v 7. třídách ZŠ a sekundách víceletých gymnázií s cílem získat důkazy o funkčních a nefunkčních částech programu vzhledem k potřebám cílové skupiny. K tomuto účelu byl využit dotazník, který byl v cílové skupině administrován dvakrát (s dvou-třítýdenním odstupem před a po realizaci programu Típní to I), dále problémově zaměřené rozhovory s lektory ČKPT, manuál programu Típní to I a jeho porovnání s poznatky z rešerše literatury.

Bylo zjištěno, že program je efektivní v ovlivnění znalostí žáků týkající se tabákové problematiky, v posílení názoru „mělo by se zakázat kouření ve všech restauracích“, v nácviku odmítání a v ovlivnění sklonu ke kouření vodní dýmky. Naopak jako neefektivní se ukázal být v ovlivnění postoje ke kouření a sklonu ke kouření cigaret. Byl zjištěn také jeden nezamýšlený efekt programu, který se projevil zmírněním nesouhlasu k tvrzení „díky kouření může mít člověk více kamarádů“. Tomuto efektu je třeba věnovat pozornost vzhledem k tomu, že se ukázalo, že jedním z hlavních cílů by v této věkové skupině mělo být otevření tématu party, kamarádství a kouření. To se v semináři sice děje skrze nácvik odmítání, ale vzhledem k důležitosti tématu v nedostatečné míře. Jako dalším důležitým a nedostatečně oslovovaným tématem se ukázala být závislost na tabáku a to zejména v souvislosti se zvládáním stresu. Jako dobře fungující byly vyhodnoceny metody kritického myšlení a práce ve skupinách, více času by však mělo být věnováno evokaci. Souvisejícím požadavkem na zlepšení programu se ukázalo být omezení frontálního výkladu zaměřeného na dlouhodobé zdravotní následky kouření, přičemž dobře fungující části prezentace by měly být nahrazeny dopředu vytvořenými obrázky. V souvislosti s tím byl vysloven požadavek na zasazení programu do formátu komunitního kruhu.

Konečným cílem provedené formativní evaluace bylo získat podklady pro vytvoření nové metodiky programu, která by stavěla na silných stránkách minulého programu a zároveň odstranila jeho největší slabiny. V době psaní této práce je již nová metodika vytvořena a ověřována v praxi.

## 7. POUŽITÁ LITERATURA

- BAŠKA, Tibor, STRAKA, Štefan.. Effectiveness Of School Programs In Tobacco Control. *Central European Journal of Public Health*. 2004, 12(4), 184-186 [cit. 2016-04-25].
- BERGEN, H., MARTIN, G., RICHARDSON, A., ALLISON, S., ROEGER, L. Sexual abuse, antisocial behaviour and substance use: gender differences in young community adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004, 38, s. 34–41.
- BERGOLD, Jarg a Stefan THOMAS. Participatory Research Methods: A Methodological Approach in Motion. *Forum: Qualitative Social Research*, 2012, roč. 13, č. 1. Dostupné z: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1201304> [cit. 2016-05-03]
- BURKHART, Gregor. *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: A review of the theory and evidence base of indicated prevention* [online]. EMCDDA, 2009 [cit. 2015-06-03]. ISBN 987-92-9168-349-9. Dostupné z: [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)
- CRONE, M.R., R. SPRUIJT, N.S. DIJKSTRA, M.C. WILLEMSSEN a T.G.W.M. PAULUSSEN. Does a smoking prevention program in elementary schools prepare children for secondary school *Preventive Medicine*. 2011, 52(1), s. 53-59.
- DVOŘÁKOVÁ, H., KRÁLÍKOVÁ, E., RAMEŠ, J. Informovanost a zájem českých médií o užívání tabáku. *Adiktologie*. 2015, 15(3), s. 234-241. ISSN 1213-3841
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals*. Luxembourg: Publication Office of the European Communities, 2011. ISBN 9789291684878.
- FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
- FOLTOVÁ, L. Rodiče, nebo kamarádi? Aneb kdo má větší vliv na chování adolescenta? *Adiktologie*. 2012, 12(4), s. 324-333. ISSN 1213-3841
- GABRHELÍK, R., CALAFAT, A., SUMNALL, H., BRENZA, J., JUAN, M., MENDES, F. KARLSSON RADELIUS, E. TALIC, S. CSÉMY, L., and the EFE Group. (Self)Organizing Potential of European Parents to Prevent Children from Alcohol, Tobacco and Other Drug Use. *Adiktologie*. 2014, 14(2), s. 116-124. ISSN 1213-3841
- GREPLOVÁ, Jarmila. Prevalence kouření a postoje k užívání tabáku mezi nezletilými v České republice. *Adiktologie*, 2013, roč. 13 (3-4), s. 240-247.
- HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-820-1.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
- HRUBÁ, Drahoslava. Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v

těhotenství je neodborné a neetické. *Praktická gynekologie*. 2011, 15(1), s. 34-39.

HRUBÁ, Drahošlava a Iva ŽALOUĐÍKOVÁ. What limits the effectiveness of school-based

anti-smoking programmes? *Central Europe J Public Health*. 2012, 20(1).

CHOMYNOVÁ, Pavla. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. Výzkumné zprávy (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-101-5.

JOHNSTON, V., LIBERATO, S., THOMAS, D. Incentives for preventing smoking in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review* [online]. 2012, 17(10). Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076949> [cit. 2016-04-25]

KAJANOVÁ, A., HAJDUCHOVÁ, H. Romská minorita a návykové látky v České republice a na Slovensku. *Adiktologie*. 2014, 14(2), s. 168-172. ISSN 1213-3841.

KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří T KOZÁK. *Jak přestat kouřit*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. Medica. ISBN 80-85912-68-6.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. 1. vyd. Břeclav: Adamira, 2013. ISBN 978-80-904217-4-5.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3711-2.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. Adiktologie a závislost na tabáku. *Adiktologie*. 2015a, 15(2), 112-113. ISSN 1213-3841.

KUMPFER, K. L., BLUTH, B. Parent/child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to substance abuse disorders.. *Substance Use and Misuse*, 2004. 39, str. 671–698.

KOKKEVI A. et al. Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 88, str. 308–312.

KOLLÁRIK, Teodor. *Postojová škála ke kouření*. Bratislava, Psychodiagnostika, 1984.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LI, C., PENTAZ, M. A., CHOU, C. P. Parental substance use as a modifier of adolescentsubstance use risk. *Addiction*, 2002, 97, s. 1537– 1550.

LOVATO, Chris Y., Cornelia ZEISSER, H. Sharon CAMPBELL.. Adolescent smoking: Effect of school and community characteristics. *American Journal of Preventive Medicine*, 2010, 39(6), 507-514.

MARTANOVÁ, Veronika a kol. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 183 s. ISBN 978-80-87258-75-0.

MERIKANGAS, K. R., AVENEVOLI, S. Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 2000, 25, s. 807–820.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MIOVSKÝ, Michal, Roman GABRHELÍK, Miroslav CHARVÁT, Lenka ŠŤASTNÁ, Lucie JURYSTOVÁ a Veronika MARTANOVÁ. *Kvalita a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících*. První vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015a. ISBN 978-80-7422-391-4.

MIOVSKÝ, Michal, Anna AUJEZKÁ, Iva BUREŠOVÁ, et al. *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015b. ISBN 978-80-7422-391-4.

MIOVSKÝ, Michal. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 220 s. ISBN 978-80-87258-89-7.

MIOVSKÝ, Michal a Pavel BARTÍK. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2010. 253 s. ISBN 978-808-7258-477.

MÜLLEROVÁ, Monika. *Motivy kouření adolescentů*. Zlín, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Ing. Mgr. Svatava Kašpárková, Ph.D.

NEŠPOR, Karel. *Zásady efektivní primární prevence*. Vyd. 1. Praha: Sportpropag, 1999.

PEIRSON, Leslea, Muhammad Usman ALI, Meghan KENNY, Parminder RAINA a Diana SHERIFALI. Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine* [online]. 2016, **85**, 20-31 [cit. 2016-05-10]. DOI: 10.1016/j.ypmed.2015.12.004. ISSN 00917435. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743515003771>

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2.

REPKA, Tomáš. *Vrstevní vliv na vztah ke kouření cigaret u mladších adolescentů*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Ondřej Bouša.

REY, J., MARTIN, A., KRABMAN, P. Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 43, str. 1194–1205.

RICHTER, Kimber P a Julia H ARNSTEN. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* [online]. 1(1), 23- [cit. 2016-05-03]. DOI: 10.1186/1747-597X-1-23. ISSN 1747597x. Dostupné z: <http://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-1-23>

THOMAS, R., McLELLAN, J., PERERA, R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Systematic Review* [online]. 2013, 30(4). Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633306> [cit. 2016-04-25]

SHORE, Ted H., Armen TASHCHIAN a Janet S. ADAMS. Development and Validation of a Scale Measuring Attitudes Toward Smoking. *The Journal of Social Psychology*. 2000, 140(5), s. 615-623.

- SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0607-1.
- SOVINOVÁ, Hana, Ladislav CSÉMY a Věra KERNOVÁ. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: zpráva o situaci za období posledních deseti let*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2014. ISBN 978-80-7071-335-8.
- SKOPAL, Ondřej a Martin DOLEJŠ. Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a osobnostních charakteristikách adolescentů. *diktologie*. 2014, 14(1), s. 54-65. ISSN 1213-3841.
- SUNG, M., ERKANLI, A., ANGOLD, A., COSTELLO, E. Effects of age at first substance use and psychiatric comorbidity on the development of substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 75, s. 287–299.
- ŠÍDOVÁ, Markéta a Lenka ŠŤASTNÁ. Kouření v těhotenství. *Adiktologie*. 2015, 15(2), s. 164-172. ISSN 1213-3841.
- TAHLIL, Teuku, Richard J WOODMAN, John COVENEY a Paul R WARD. The impact of education programs on smoking prevention: a randomized controlled trial among 11 to 14 year olds in Aceh, Indonesia. *BMC Public Health*,. 2013, 13(1).
- WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.
- WILLS, T., CLEARY, S., FILER, M., SHINAR, O., MARIANI, K., SPERA, K. Temperament related to early-onset substance use: test of a developmental model. *Prevention Science*, 2001 2, s. 145–163.
- ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007: zpráva z výzkumu : Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2011, 86 s. ISBN 978-80-260-1680-9.
- ZVOLSKÁ, Kamila. Zpráva z odborné stáže v Nicotine Dependence Center, Mayo Clinic – porovnání s léčbou závislosti na tabáku v ČR. *Adiktologie*. 2012, 12(4), s. 366-372. ISSN 1213-3841.

#### Legislativní dokumenty:

Směrnice Evropského parlamentu a rady 2014/40/EU ze dne 3. 4. 2014 o sbližování právních a správních předpisů členských států týkající se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir\\_201440\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir_201440_cs.pdf) [cit. 2016-04-05]

WHO Framework convention on tobacco control ze dne 21. května 2013, dostupné z: <http://www.who.int/fctc/publications/en/> [cit. 2016-04-05], v češtině dostupné z: [http://euroskop.cz/gallery/64/19273-who\\_ramcova\\_umluva\\_o\\_kontrolu\\_tabaku.pdf](http://euroskop.cz/gallery/64/19273-who_ramcova_umluva_o_kontrolu_tabaku.pdf) [cit. 2016-04-05]

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Dostupné z:

<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-379> [cit. 2016-04-20]

Zákon č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních

Zákon č. 132/2003 Sb., o regulaci reklamy

Webové stránky:

<http://adiktologie.cz/>

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/376/3732/E-learning-Evaluace-primarne-preventivnich-programu->

[:http://www.alkohol-alkoholismus.info/86-ruzne/slovník/slovník-k/410-kab-model-termíny-primární-prevence.html](http://www.alkohol-alkoholismus.info/86-ruzne/slovník/slovník-k/410-kab-model-termíny-primární-prevence.html) [cit. 2016-04-26]

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>

<http://www.parlamentnilisty.cz/>

<http://www.psychologon.cz/component/content/article/359-teorie-kognitivni-disonance> [cit. 2016-04-23]

[http://www.rozhlas.cz/radiozurnal/dvacetminut/\\_zprava/koureni-je-detska-nemoc-rika-eva-kralikova-z-centra-pro-zavisle-na-tabaku--1349562](http://www.rozhlas.cz/radiozurnal/dvacetminut/_zprava/koureni-je-detska-nemoc-rika-eva-kralikova-z-centra-pro-zavisle-na-tabaku--1349562) [cit. 2016-04-23]

<http://www.studium-psychologie.cz/socialni-psychologie/5-postoje.html> [cit. 2016-04-23]

<http://www.drogy-info.cz/>

<http://nemoci.vitalion.cz/preeklampsie/> [cit. 2016-04-31]

<http://finmag.penize.cz/ekonomika/266860-jak-stat-nevydelava-na-koureni> [cit. 2016-04-30]

<http://zpravy.e15.cz/domaci/ekonomika/stat-loni-vybral-mene-na-spotrebni-dani-z-tabaku-1170177> [cit. 2016-04-31]